

Guía de Atención Sanitaria en Espacios de Ocio



Ficha técnica
Asociación Bienestar y Desarrollo
Energy Control

Edita y distribuye
Energy Control-ABD
C/ Quevedo,2
08012-Barcelona

Autores

Fernando Caudevilla Gáligo. Médico de Familia.
Grupo de Intervención en Drogas semFYC.
Energy Control

Itziar Ruiz Indave. Médico Residente en Medicina
Preventiva y Salud Pública.
Energy Control

Núria Calzada Álvarez. Psicóloga.
Coordinadora Energy Control.

José Zarco Montejo. Médico de Familia.
Grupo de Intervención en Drogas semFYC.

Diseño y maquetación
Paula Aranda Gáligo

Impresión
Gráficas Campás S.A

Agradecimientos:

Agradecemos la colaboración de las empresas sanitarias y festivales que han participado en la investigación, la colaboración de Hegoak, Ailaket, Exeo y Somnit, así como el apoyo de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).

Un agradecimiento especial a Berta Soler Güell, psicóloga, por su colaboración desinteresada en la recogida y análisis de datos del estudio de repercusiones sanitarias en ocio nocturno.

Energy Control-ABD

INDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.

- 1.1. ¿Quiénes somos?
- 1.2. Intervención en espacios de ocio.

2. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE ENERGY CONTROL SOBRE ATENCIÓN SANITARIA EN FESTIVALES.

- 2.1. Objetivos y diseño del estudio.
- 2.2. Resultados.
- 2.3. Limitaciones.
- 2.4. Conclusiones.

3. ¿CÓMO HABLAR SOBRE DROGAS?

- 3.1. Escasez de conocimientos.
- 3.2. Diferencias de tolerancia social hacia las drogas.
- 3.3. La moral.
- 3.4. La confidencialidad.

4. DROGAS EN ESPACIOS DE FIESTA.

5. REDUCCIÓN DE RIESGOS.

6. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE INTOXICADO.

- 6.1. Valoración del paciente intoxicado por drogas.
- 6.2. Principios fundamentales del tratamiento por intoxicación.
- 6.3. Intoxicación por depresores.
 - 6.3.1. Intoxicación etílica
 - 6.3.2. Intoxicación por GHB
 - 6.3.3. Intoxicación por opiáceos y benzodiazepinas.
- 6.4. Intoxicación por alucinógenos.
 - 6.4.1. Intoxicación por LSD y psilocibina.
 - 6.4.2. Intoxicación por ketamina.
 - 6.4.3. Intoxicación por cannabis.
- 6.5. Intoxicación por estimulantes.

7. LINKS Y OTROS ARTÍCULOS DE INTERÉS.

- 7.1. Páginas web nacionales.
- 7.2. Otros recursos on-line.
- 7.3. Artículos científicos.

8. ANEXOS.

- 8.1. Propuesta registro actividad sanitaria en ocio nocturno.

I. INTRODUCCIÓN.

II. ¿Quiénes somos?

Energy Control (EC) es un **proyecto de reducción de riesgos** de la ONG Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD). Desarrollamos **estrategias de Gestión de Placeres y Riesgos**, ofreciendo información, asesoramiento y formación sobre drogas con el fin de disminuir los riesgos de su consumo.

Nuestro ámbito de actuación es **estatal** y contamos con delegaciones en las **Comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid, Islas Baleares y Andalucía.**

Energy Control surgió en Barcelona en 1997 como un proyecto pionero en España en el ámbito de la reducción de los riesgos asociados al consumo recreativo de drogas, habiendo recibido desde entonces el reconocimiento de numerosas administraciones (europeas, estatales, comunitarias y locales) así como el apoyo y colaboración del propio sector del ocio nocturno y una excelente aceptación por parte de nuestros destinatarios finales: **las personas consumidoras de alcohol y otras drogas.**

En EC integramos y complementamos el trabajo, experiencia y conocimientos los **profesionales** y **personas voluntarias** que lo conformamos con objeto

de ofrecer un servicio cercano y útil a los consumidores de drogas.

Desde EC reconocemos y **respetamos la existencia de un uso recreativo de drogas** caracterizado por su vinculación a los tiempos de ocio. **Consumir drogas no es igual a tener problemas** ni todas las formas de consumir son igual de problemáticas. Hay formas de consumo que entrañan pocos riesgos y otras extremadamente arriesgadas. Las drogas tienen **efectos que son valorados** por las personas que las consumen. La **experimentación de placer** es una parte inherente a la mayoría de los consumos de drogas. La otra parte son los **riesgos** a los que el consumidor se expone y que pueden proceder de diversas fuentes: la propia persona, la sustancia que consume y el contexto en que lo hace. Así, una **adecuada información (objetiva y sin elementos morales)** es fundamental a la hora de decidir si consumir o no y, en caso de hacerlo, para poder evitar los riesgos asociados a su consumo.

1.2 Intervención en espacios de ocio.

Desde hace unos años los **festivales y grandes eventos musicales** han crecido como opción de ocio. La oferta disponible es amplia y variada y, en el momento

actual, un joven puede pasarse de Mayo a Octubre recorriendo la geografía nacional a través de los festivales de música que se celebran en todo el territorio.

Los festivales son un punto de encuentro relevante para las personas que comparten un estilo de música. Algunas características de estos festivales (**varios días de duración, consumos de drogas más frecuentes, poco descanso, alimentación alterada, dificultades para la higiene, altas temperaturas, grandes concentraciones de personas...**) hacen que sean espacios donde priorizar e incidir en nuestra intervención, en coordinación con el resto de los actores implicados (organizadores, seguridad, personal sanitario y los propios usuarios).

En 2003, EC editó la *Guía Preventiva y de Seguridad para espacios de música y baile* (disponible en: <http://energycontrol.org/files/pdfs/Guia+seguridad+auxilis.pdf>) para aportar propuestas que permitan avanzar en un diseño y organización de los eventos festivos, en especial, de los festivales de gran formato. En esta ocasión, pretendemos centrarnos específicamente en los aspectos sanitarios. La gran afluencia de jóvenes a este tipo de acontecimientos hace que sea necesario contar con dispo-



sitivos sanitarios para cubrir las demandas de urgencias. Nuestro propósito es en esta ocasión realizar una aproximación a las repercusiones sanitarias que tienen lugar en el transcurso de un festival, con especial interés en aquellas relacionadas con el consumo de alcohol u otras drogas.

En junio de 2011 Energy Control puso en marcha el Proyecto “Repercusiones Sanitarias en Espacios de Música y Baile”, en colaboración con el Grupo de Intervención en Drogas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

y con la financiación del Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD).

Energy Control acude habitualmente a muchos de los festivales más importantes implantados en el territorio nacional desde 1997. Es frecuente el contacto con los dispositivos sanitarios de urgencia que prestan sus servicios en estos espacios para intercambiar información. Los técnicos de Energy Control, junto la colaboración de otros grupos de reducción de riesgos

(Hegoak de Navarra, Ailaket de País Vasco, Exeo de Valladolid y Somnit-Creu Roja de Catalunya) contactamos en los propios festivales con las empresas sanitarias con objeto de presentar el proyecto y solicitar a posteriori el informe de atención sanitaria.

El proyecto ha incluido la recogida sistemática y estructurada sobre:

- Los instrumentos empleados para recoger la información relativa a las urgencias atendidas en espacios de ocio.
- Perfil sociodemográfico de las personas atendidas.
- Tipología de atenciones realizadas.
- Consumo de alcohol y otras drogas de los pacientes atendidos.

En base a la experiencia de Energy Control tanto en la intervención en espacios de ocio como en la formación de profesionales sanitarios y teniendo en cuenta los resultados de este estudio, se ha elaborado la presente ***Guía de Atención Sanitaria en Espacios de Ocio***, centrada en la atención a los problemas específicamente derivados del uso de alcohol y otras drogas en espacios de ocio. Sus **objetivos** son **mejorar los conocimientos de los profesionales sobre las drogas y optimizar la atención sanitaria de las personas que utilizan sustancias psicoactivas.**

Los **destinatarios** de esta guía son, fundamentalmente, los **profesionales sanitarios que trabajan en Servicios de Urgencias** y, de forma más específica, aquellos que trabajan directamente en espacios recreativos.

En el próximo capítulo se resumen algunos de los resultados más importantes de los datos recogidos en festivales durante la temporada del año 2011. Los Capítulos 3 a 6 se dedicarán al abordaje del paciente consumidor de drogas y a las sustancias más frecuentes en espacios de ocio. Finalmente, se proponen protocolos de recogida de información.

En base a la experiencia de Energy Control tanto en la intervención en espacios de ocio como en la formación de profesionales sanitarios y teniendo en cuenta los resultados de este estudio,

2. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE ENERGY CONTROL SOBRE ATENCIÓN SANITARIA EN FESTIVALES.

2.1. Objetivos y diseño del estudio.

El trabajo en colaboración con los profesionales del ocio es uno de los objetivos y estrategias de Energy Control. A mediados de 2011, el Equipo Técnico de Energy Control puso en marcha un proyecto con el objetivo general de **aproximarse a las repercusiones sanitarias que tienen lugar en el transcurso de concentraciones juveniles de música y ocio** (en adelante “festivales”), con especial interés sobre aquellas **relacionadas con alcohol y otras drogas**. Partiendo del análisis de estas atenciones se pretende contribuir a **mejorar la intervención sanitaria en festivales**. Así, hemos recopilado la información disponible procedente de los dispositivos sanitarios que trabajan en aquellos festivales a los que acudimos de forma habitual. Estos datos pretenden ser el punto de partida para buscar estrategias que consigan un abordaje más eficaz.

De forma más específica se plantearon los siguientes **objetivos específicos**:

- Obtener datos sobre el **perfil sociodemográfico** de las personas que necesitan atención médica en espacios de ocio (festival).
- Obtener datos sobre la **tipología de aten-**

ciones realizadas (causa de atención médica, tramo horario,..).

- Obtener datos sobre el **consumo de alcohol y otras drogas** de los pacientes atendidos.
- **Mejorar la resolución de casos** y el abordaje del consumidor de alcohol y otras drogas.
- **Mejorar los protocolos** de recogida de información.

El desarrollo del trabajo se ha producido en las siguientes **fases**:

- Personal de Energy Control, Hegoak (Navarra), Ailaket (País Vasco), Exeo (Valladolid) y Somnit (Cataluña) contactaron con los responsables de los festivales a los que acuden habitualmente. Se acordó enviar un **cuestionario inicial** a los trabajadores de las empresas sanitarias, previo consentimiento del coordinador del equipo y responsable de la empresa.
- Las empresas que prestan servicios sanitarios enviaron a Energy Control **información sobre las atenciones sanitarias realizadas en festivales durante el verano de 2011**. Los datos fueron recogidos y enviados de forma cuantitativa, respetando de forma estricta la **protección de datos de carácter personal**.

- Se realizó una **revisión** de estos datos y se creó una **base de datos** para posterior análisis. Los resultados de la investigación han servido como base para la elaboración de esta guía, del folleto “Malos rollos” de Energy Control¹, así como propuestas de registro de actividad y de formación específica.

- Se incluyeron todos los festivales (entendiendo como tales eventos de un día o más de duración, celebrados en recintos públicos o grandes escenarios, con más de 3.000 asistentes y publicitados) que contaran con un Servicio de Atención Sanitaria propia, ofrecido por una empresa privada que diera su consentimiento. Se excluyeron eventos que no cumplieran estas características (*raves*, fiestas patronales, conciertos...).

2.2. Resultados.

Se contactó con **12 festivales** celebrados entre Mayo y Agosto de 2011 en 7 Comunidades Autónomas distintas. Se analizaron los datos procedentes de **11**, ya que en uno de los casos la información remitida fue insuficiente.

- La **duración** de estos festivales fue de **1 a 5 días** (duración media: 2,3 días).

- El **rango de asistentes** estimados osciló entre los 6.000 (Festival 9) a 130.000 (Festival 7) con una **media de 22.265** asistentes para todos los festivales recogidos.
- Los Festivales 9-11 tuvieron una duración de un día y el Festival 8 de dos días. En estos cuatro eventos se realizó asistencia sanitaria con una media de 19,75 horas (rango 15-25h). No se obtuvo ese dato para el resto de los festivales.
- En el total de los 11 eventos, se comunicaron **1.136 atenciones médicas**, prestandose el menor número de atenciones (31) en el Festival 6 y el mayor en el Festival 8 (267). La media de atenciones médicas fue de 100,4 para todos los festivales recogidos.
- **No se encontró relación directa entre el tamaño del festival (nº asistentes), su duración y el nº de intervenciones médicas (Tabla 1).** El festival con un número menor de atenciones (Festival 6) tuvo lugar en horario diurno. Los dos festivales con mayor número de atenciones totales (Festivales 7 y 8) contaron con un número de asistentes muy distintos. Dos de los festivales con un índice de impacto sanitario más elevado (Festivales 9 y 11) eran eventos de mediano tamaño y corta duración dirigidos a público homosexual masculino.
- Con respecto a la atención por sexos (Tabla 2), sólo se obtuvo esta información en 7 de los 11 eventos. Las variaciones son grandes y el rango de porcentajes es muy amplio (varones: 44-93,5%, mujeres: 6,5-53%). Al interpretar estos datos debe tenerse en cuenta que la gran mayoría de los asistentes a los Festivales 9 y 11 eran varones.
- **La edad de las personas atendidas se registró de una forma muy heterogénea (Tabla 3).** En 2 de los 11 festivales no se obtuvieron datos sobre la edad de las personas atendidas por los servicios sanitarios. En algunos casos este dato se obtuvo en forma de rango (Festivales 2 y 3), en otros se pudo calcular la media de edad atendida (Festivales 1,4 y 5) y en otros se registraron las dos variables. El rango total oscila entre los 17 y los 50 años con una **edad media de 25 años**. El Festival 10 presentó la edad media más baja (23,03 años) y el Festival 9 la más elevada (30,87). El rango de edades no presentó esa variabilidad, exceptuando el Festival 3 con asistencias sanitarias en público ligeramente más joven (18-35 años).

- De las 1.136 atenciones médicas prestadas, 796 se prestaron a público del festival y 46 a trabajadores del mismo. Para 294 atenciones realizadas no se obtuvo este dato (Gráfico 1).

- Se comunicaron **242 casos de atención sanitaria relacionados con el consumo de drogas**. Se obtuvieron datos más específicos al respecto en 7 de los festivales. La mayor parte de las asistencias se concentraron en los Festivales 8-11, que acumulan también un número significativamente mayor de intervenciones por drogas distintas al alcohol (Gráfico 2/Tabla 4). En la información recibida no se especifican las sustancias concretas causantes de la intoxicación, sino que se expresan como categorías generales (drogas de síntesis, anfetaminas...). En la mayoría de los casos no se obtuvo información sobre el número de traslados a hospital y su causa. El Festival 8 comunicó 3 traslados a hospital (los tres relacionados con el consumo de drogas) y otros tres festivales (Festival 6, 9 y 10) informaron sobre 7 traslados, sin especificar la causa.

2.3. Limitaciones.

- Este estudio presenta grandes limitaciones debido al pequeño número de festivales que se celebra al año y la **dificultad para obtener**

datos, así como la **falta de un registro unificado** de las atenciones médicas realizadas.

- No todas las empresas sanitarias participantes facilitaron la totalidad de los datos solicitados.

- **No todas las empresas sanitarias participantes facilitaron los datos en los mismos formatos** y/o unidades de medidas.

- La **variabilidad** en el tipo de público y número de asistentes no permite un análisis estadístico más allá de una descripción de lo observado en números absolutos y algunas proporciones.

2.4. Conclusiones.

- Las atenciones sanitarias en espacios de ocio y las atenciones derivadas del consumo de alcohol y otras drogas son **relativamente poco frecuentes** pero presentan una **variabilidad muy elevada**. La mayoría de las intervenciones se concentran en unos pocos eventos.

- El **alcohol** es la droga que provoca el mayor número de atenciones sanitarias en grandes festivales. Sin embargo se detecta también la presencia de drogas ilegales, que contribuyen a la demanda sanitaria y que deben ser consideradas por los profesionales.

- La duración de los festivales y el número de asistentes no parecen explicar por sí solos el número de atenciones sanitarias, incluyendo las relacionadas con drogas. Es probable que **otro tipo de factores** (características del público al que va dirigido, condiciones climatológicas, tipo de sustancias consumidas...) guarden relación con la frecuencia de atenciones sanitarias.
- Sería conveniente **unificar los sistemas de recogida de información** sobre atención sanitaria en espacios de ocio. Esto permitiría obtener mucha más información sobre los factores que influyen en el fenómeno, facilitando su abordaje.

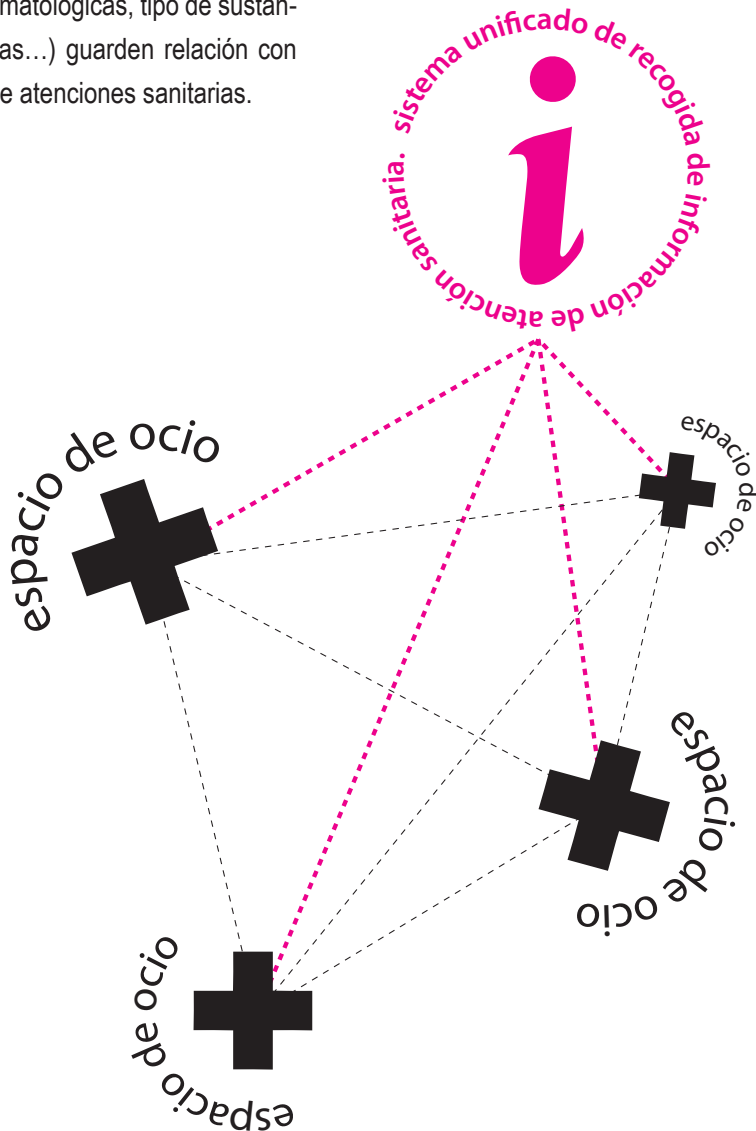


TABLA 1: ATENCIONES MEDICAS POR NUMERO DE ASISTENTES

| FESTIVAL | FESTIVAL 1 | FESTIVAL 2 | FESTIVAL 3 | FESTIVAL4 | FESTIVAL5 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|
| Nº de asistentes del festival | 7000 | 20000 | 16000 | 39411 | 36943 |
| Duración del evento (en días) | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| Nº de atenciones médicas | 32 | 55 | 97 | 82 | 39 |
| % impacto sanitario en ocio (nº atenciones/ nº asistentes) | 0,46 | 0,28 | 0,61 | 0,21 | 0,11 |

TABLA 2: PROPORCIÓN DE ATENCIONES MÉDICAS ENTRE SEXOS

| FESTIVAL | FESTIVAL 1 | FESTIVAL 2 | FESTIVAL 3 | FESTIVAL4 | FESTIVAL5 |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|
| Nº de atenciones médicas hombres % | 44 | NS/NC | NS/NC | 47,6 | 66,7 |
| Nº de atenciones médicas mujeres % | 56 | NS/NC | NS/NC | 53,4 | 33,3 |

TABLA 3: ATENCIONES SANITARIAS POR EDAD

| FESTIVAL | FESTIVAL 1 | FESTIVAL 2 | FESTIVAL 3 | FESTIVAL4 | FESTIVAL5 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|
| Nº de atenciones médicas según edad(media) | 28,19 | NS/NC | NS/NC | 27,4 | 29,8 |
| Nº de atenciones médicas según edad (rango) | NS/NC | 18-50 | 18-35 | NS/NC | NS/NC |

| FESTIVAL6 | FESTIVAL7 | FESTIVAL 8 | FESTIVAL 9 | FESTIVAL10 | FESTIVAL11 | TOTAL |
|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|--------|
| 11000 | 130000 | 39000 | 6398 | 10000 | 3989 | 319741 |
| 1 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 24 |
| 31 | 231 | 267 | 62 | 128 | 112 | 1136 |
| 0,28 | 0,18 | 0,68 | 0,97 | 1,28 | 2,81 | 0,36 |

| FESTIVAL6 | FESTIVAL7 | FESTIVAL 8 | FESTIVAL 9 | FESTIVAL10 | FESTIVAL11 |
|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| NS/NC | NS/NC | 61,8 | 93,5 | 68 | 85,7 |
| NS/NC | NS/NC | 38,2 | 6,5 | 32 | 14,3 |

| FESTIVAL6 | FESTIVAL7 | FESTIVAL 8 | FESTIVAL 9 | FESTIVAL10 | FESTIVAL11 | FESTIVAL11 |
|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| NS/NC | NS/NC | 23,41 | 30,87 | 23,03 | 29,94 | 26,9 |
| NS/NC | NS/NC | 17-40 | 21-46 | 17-42 | 19-49 | 17-50 |

GRÁFICO 1: PERFIL DE ATENCIONES SANITARIAS

PERFIL DE PERSONAS ATENDIDAS

| PÚBLICO | TRABAJADORES | DESCONOCIDA | TOTAL |
|---------|--------------|-------------|-------|
| 796 | 46 | 294 | 1136 |

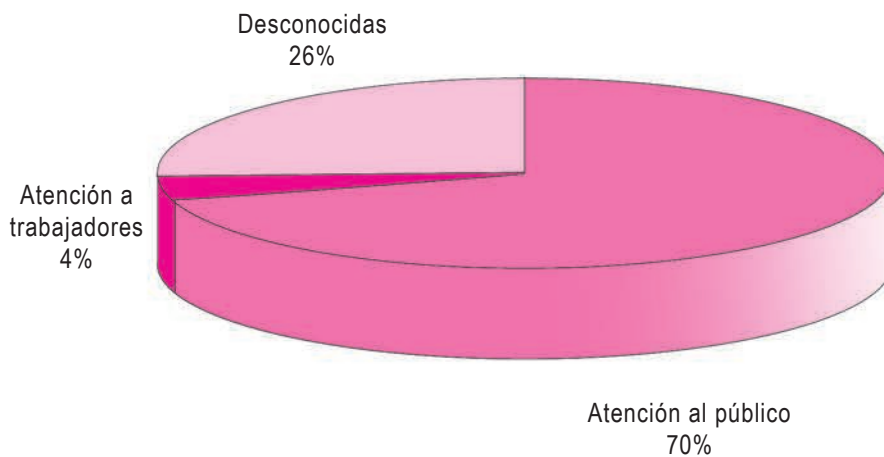
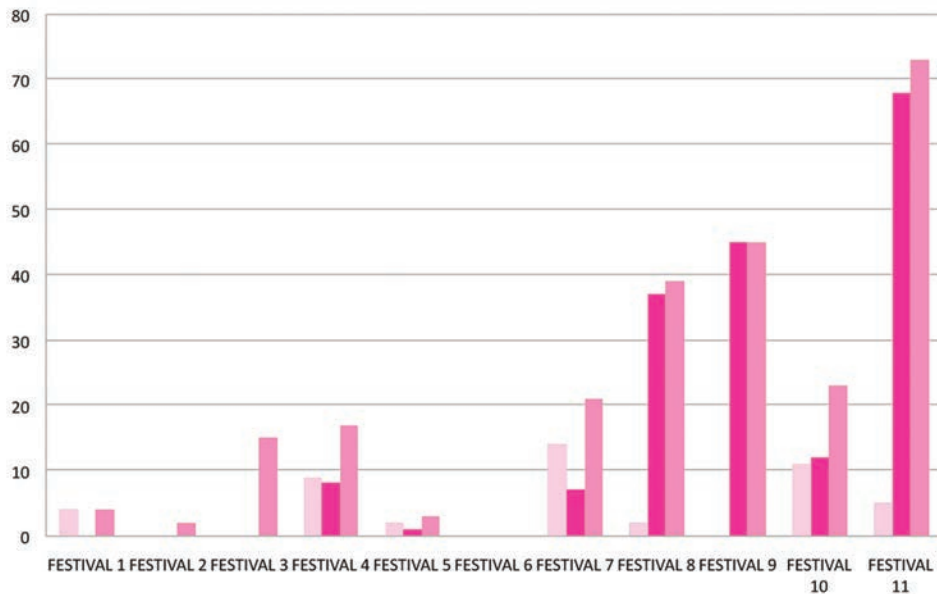


TABLA 4: ATENCIONES POR CONSUMO DE DROGAS

| FESTIVAL | FESTIVAL 1 | FESTIVAL 2 | FESTIVAL 3 | FESTIVAL 4 | FESTIVAL 5 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------|
| Nº de atenciones Intoxicación etílica | 4 | NS/NC | NS/NC | 9 | 2 |
| Nº de atenciones Intoxicación por otras drogas | 0 | NS/NC | NS/NC | 8 | 1 |
| Total nº atenciones médicas por consumo drogas | 4 | 2 | 15 | 17 | 3 |
| % impacto sanitario en ocio relacionado con drogas (nº atenciones por drogas/ nº asistentes) | 0,00057 | 0,00010 | 0,00094 | 0,00043 | 0,00008 |

GRÁFICO 2: ATENCIONES SANITARIAS POR CONSUMO DE DROGAS



- Nº atenciones intoxicación etílica
- Nº atenciones intoxicación por otras drogas
- Total nº atenciones médicas por consumo drogas

| FESTIVAL6 | FESTIVAL7 | FESTIVAL 8 | FESTIVAL 9 | FESTIVAL10 | FESTIVAL11 |
|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| NS/NC | 14 | 2 | NS/NC | 11 | 5 |
| NS/NC | 7 | 37 | 45 | 12 | 68 |
| NS/NC | 21 | 39 | 45 | 23 | 73 |
| NS/NC | 0,00016 | 0,00100 | 0,00703 | 0.00230 | 0,01830 |

3. ¿CÓMO HABLAR DE DROGAS?

Para cualquier persona, hablar sobre **aspectos de su vida privada** relativos a conductas íntimas puede resultar **incómodo**. Esto puede ser aún más evidente en el caso de **conductas que implican elementos que están fuera de la legalidad**, o en las que pueda sentirse juzgado, como es el caso de muchas drogas. Si el interlocutor es una persona desconocida con uniforme de sanitario y el espacio es un Servicio Médico las dificultades y barreras pueden ser casi insalvables.

El análisis más superficial de esta situación nos llevaría a caer en **estereotipos** (*los consumidores de drogas son unos mentirosos, no se preocupan por la salud...*). Pero la resolución de las dificultades atañe tanto o más a los profesionales sanitarios más que a los pacientes que consumen drogas. Así, podemos analizar algunos de estos **elementos que interfieren en la comunicación** con cierta profundidad, para buscar **estrategias que faciliten la resolución de situaciones**.

3.1. Escasez de conocimientos.

Los profesionales sanitarios deben dedicar una gran cantidad de tiempo a **formación y actualización de conocimientos**, ya que los avances en técnicas diagnósticas, tratamientos farmacológicos o nuevas en-

fermedades son constantes. El reciclaje continuo en las profesiones sanitarias es una condición indispensable para poder desarrollar una buena intervención.

Sin embargo, la mayoría de los profesionales sanitarios no revisan sus conocimientos sobre drogas, al menos con la intensidad con la que lo hacen en otras áreas. Para muchos profesionales, los conocimientos sobre drogas se reducen a lo aprendido durante la formación pregrado, centrado sobre todo en opiáceos. Existe un cierto **desinterés** sobre el tema, información poco actualizada y de calidad discutible. En ocasiones la fuente principal son los **medios de comunicación**, que por lo general suelen ser **alarmistas y sesgados**.

Los **cambios epidemiológicos y sociológicos** en relación con las drogas en las últimas décadas son notables. La aparición de **nuevas sustancias y nuevos patrones de consumo** es constante, por lo que resulta fundamental tener una formación en el tema que sea suficiente para trabajar en el ámbito concreto del ocio nocturno.

La falta de conocimientos puede llevar a errores diagnósticos, a excederse con el tratamiento “por si acaso” o a mensajes erróneos que desacreditan al profesional

a ojos del consumidor. Por supuesto no se pretende que el profesional sanitario “lo sepa todo” pero sí debe tener unos **conocimientos mínimos** y una **actitud adecuada**. Éste último elemento es particularmente importante. Por ejemplo, si un paciente nos dice el nombre de una droga o una forma de administración que no conocemos, una actitud adecuada puede ser preguntárselo directamente a él.

3.2. Diferencias de tolerancia social hacia las drogas

En general, **la tolerancia social hacia el alcohol, el tabaco y el café es mucho más elevada** que la que existe hacia las drogas ilegales. **Los consumos de cocaína, MDMA o LSD suelen generar mucha más alarma** que los de drogas legales, si bien **estos últimos son mucho más frecuentes y sus consecuencias sanitarias mucho más graves a nivel epidemiológico**. Por otro lado, conviene recordar que los motivos por los que algunas drogas son ilegales son de orden económico, social y sobre todo moral. La clasificación de drogas en legales o ilegales no está basada en criterios científicos ni en una evaluación objetiva de sus riesgos.

Así, existe el riesgo de minimizar los problemas relacionados con las drogas legales (socialmente aceptadas) y exagerar los

de las drogas ilegales sólo por el mero hecho de estar prohibidas o ser distintas a las que consume la mayoría de la población. Por ejemplo, ante un cuadro de intoxicación por estimulantes, nunca hay que olvidar preguntar por bebidas energizantes con alta cantidad de cafeína.

3.3. La moral.

Un **error** fundamental a la hora de abordar los asuntos relacionados con drogas constituye el considerar que el consumo de drogas es, simplemente, un **conjunto de riesgos y problemas a evitar**. Pero el abordaje de los problemas de salud relacionados con drogas es mucho más eficiente si se enfoca desde una **perspectiva estrictamente sanitaria** y no moral. El **consumo de drogas** debe considerarse como una actividad humana en la que entran en juego **consecuencias potenciales positivas (placer)** y **consecuencias potenciales negativas (riesgos)**, no como una conducta desviada o una patología.

Entenderemos esto con más facilidad con un ejemplo. Supongamos que atendemos a un paciente con una fractura vertebral tras haber montado a caballo, a un futbolista con una luxación de rodilla o a un politraumatizado tras hacer alpinismo ¿Cuál sería la actitud profesional adecuada?

¿centrar nuestros esfuerzos en hacer un diagnóstico y tratamiento certeros? ¿o le recriminaremos su estilo de vida? ¿le haremos ver que su afición por el riesgo es lo que le ha llevado a su problema de salud? ¿consideraremos que tiene un problema de valores?

El ejemplo puede parecer exagerado. Pero en el abordaje sanitario de los problemas derivados del consumo de drogas existe un **plus de moralidad** que no se encuentra en otras actividades que implican riesgos. Lo que no se dice a un futbolista, un montañista o un jinete (*janda que!...¿a quién se le ocurre?...eres un irresponsable...te estás jugando la vida...no tienes ningún cuidado por tu salud...¿no sabéis divertirlos de otra forma?...*) se señala a los usuarios de drogas de forma sistemática, lo que repercute en la calidad de la atención percibida. Esta **distinción entre la moral privada individual y los objetivos profesionales** resulta fundamental al abordar los problemas de salud derivados del consumo de drogas.

3.4. La confidencialidad.

La **confidencialidad** es un elemento clave en la relación médico-paciente. En determinadas ocasiones puede ser conveniente **explicitarla**, considerándola como un

derecho fundamental del paciente y una obligación del profesional. En muchas ocasiones los pacientes no revelan toda la información sobre una situación determinada por miedo a consecuencias de tipo policial o legal.

Es cierto que, en el ámbito de la atención en espacios de ocio y drogas pueden aparecer circunstancias difíciles en este sentido. Por ejemplo, la **conveniencia de realizar un Parte Judicial para el Juzgado de Guardia** en el contexto de una intoxicación. El Código Penal obliga a hacerlo cuando puede haber un **delito** (intoxicación mortal, intento de suicidio, transporte intracorporal de drogas de abuso (*body packers*)...) pero no es explícito en el resto de casos. La **atención a menores de edad** y la necesidad de comunicación a los padres tras una intoxicación aguda por cualquier droga constituiría otra de estas situaciones complicadas.

El abordaje de éstas y otras situaciones constituyen un tema complejo que excede los límites de esta guía. Pero de forma general, conviene registrar todo con detalle en la Historia Clínica, recordar los principios generales de la bioética y actuar conforme al sentido común.

Para terminar, conviene recordar algunos de los principios de la Entrevista Clínica. Antes de lanzarse a “interrogar” al paciente es importante reflexionar los objetivos de la intervención: ¿qué vamos a explorar?, ¿cómo vamos a hacerlo? y, sobre todo, ¿para qué? (cuáles son los **objetivos** y qué **plan de intervención** posterior vamos a desarrollar). También es importante cuidar los **aspectos formales** de la entrevista clínica (espacio físico adecuado y sin interrupciones, empatía, escucha activa, lenguaje no verbal...) que faciliten el proceso de la comunicación. Pero, sobre todo, si los profesionales sanitarios somos capaces de **mejorar nuestros conocimientos, evitar los elementos de tipo moral y explicitar la confidencialidad**, es probable que la intervención en drogas sea mucho más eficaz.

4. LAS DROGAS EN ESPACIOS DE FIESTA.

En los próximos capítulos se abordarán específicamente las cuestiones directamente relacionadas con las drogas en espacios de ocio. En éste capítulo resumiremos las características más importantes de cada una de las sustancias más frecuentes en espacios de ocio. En el Capítulo 5 describiremos las medidas de reducción de riesgos más importantes y en el Capítulo 6 abordaremos el diagnóstico y tratamiento de los cuadros de intoxicación más frecuentes.



I. ALCOHOL

II Generalidades

- **Principio activo.** Alcohol etílico, etanol.
- **Mecanismo de acción.** Alteración de membranas neuronales, interacción sobre receptores gamma-aminobutirato (**GABA**) y N-metil-D-aspartato (**NMDA**).
- **Duración de efectos.** 1-4 horas.
- **Detección de orina y otros.** La detección de alcohol suele realizarse en aire espirado (**etilómetro**) o en sangre (**alcoholemia**).
- **Interacciones.** Algunos fármacos de uso habitual (**fenobarbital, fenitoína, anti-diabéticos orales, cimetidina**) ven afectado su metabolismo de forma clínicamente significativa con el consumo simultáneo de alcohol. Otros fármacos (**cefalosporinas, metronidazol, ketoconazol**) pueden producir efecto antabús.



1.2 Formas y vías de administración

La vía de administración más habitual es la oral. Una **Unidad de Bebida Estándar (UBE)** es la cantidad de alcohol (=10 gramos) que contiene un vaso de vino (100 ml), una caña (200 ml) o media copa de whisky (25 ml).

1.3 Efectos

- **Buscados.** Euforia moderada, desinhibición, hilaridad
- **Adversos. Agudos.** Alteraciones psicomotoras y del comportamiento, gastritis, náuseas, vómitos, cefalea
- **Adversos. Crónicos.** Hepatopatía alcohólica, cirrosis hepática, pancreatitis, esofagitis, miocardiopatía, úlcera gástrica, disfunción eréctil, encefalopatía de Wernicke-Korsakoff, mielinosi central pontina, enfermedad de Marchifava-Bignami Puede producir tolerancia farmacológica y dependencia.

2. CANNABIS

2.1 Generalidades



- **Principio activo.** Cannabinoides: delta-9-tetrahidro-cannabinol (THC), cannabidiol (CBN), cannabicitrol (CBL), cannabigerol (CBG), cannabitrilol (CBT)...
- **Mecanismo de acción.** Interacción con receptores del **sistema cannabinoide endógeno** (CB1 y CB2), distribuidos en **Sistema Nervioso Central, retina, testículo y sistema inmunológico.**
- **Duración de efectos.** En función de la vía de administración.
Fumada: Inicio **rápido**, duración 2-4 horas.
Oral: Inicio **1-2 horas**, duración **6-8 horas** con **metabolismo errático.**
- **Detección de orina y otros.** Sí. En **consumos ocasionales** hasta **7 días**, en **consumidores habituales** hasta **28-60 días** según la sensibilidad del test .
- **Interacciones.** Las interacciones clínicamente significativas con fármacos de prescripción son escasas. Potencia el efecto de fármacos depresores (benzodiazepinas, opiáceos).

2.2 Formas y vías de administración

Extracto de **resina sólida** (hachís, costo, hash, chocolate).

Mezcla de **unidades florales** secas y trituradas (marihuana, hierba, grass).

Aceite o tintura alcohólica (poco frecuente).

2.3 Efectos

- **Buscados.** Euforia, relajación, modificación de los patrones habituales de pensamiento. Incremento en la percepción visual, auditiva y autopercepción. Incremento del apetito.
- **Adversos. Agudos.** Taquicardia, ansiedad, mareo, hipotensión ortostática, pensamientos obsesivos, hiperemia conjuntival
- **Adversos. Crónicos.** **Alteraciones en la memoria a corto plazo** durante periodos de uso frecuente. Factor de riesgo para **patología respiratoria** (EPOC, neoplasias,..) en relación con combustión. **Puede desencadenar cuadros psiquiátricos en personas con predisposición.**

3. EXTASIS



3.1 Generalidades

- **Principio activo.** 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA).
- **Mecanismo de acción.** Facilitación de la liberación de serotonina en neurona presináptica e inhibición de la recaptación en neurona postsináptica. **Incrementa cantidad de serotonina libre en hendidura sináptica.**
- **Duración de efectos.** 4-6 horas.
- **Detección de orina y otros.** **Sí.** Resultado positivo en orina hasta **3-4 días** después de consumo.
- **Interacciones.** Interacción farmacocinética en combinación con **inhibidores de la proteasa (ritonavir) o inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAOs).**

Se conocen casos de **intoxicación mortal** al combinar MDMA con estos fármacos.

3.2 Formas y vías de administración

La sustancia puede presentarse en **comprimidos** (pastillas, pastis, tostis, rulas, pirulas, mimosines) o **crystalizada** (cristal, M). La vía de administración más frecuente es la oral aunque es posible el uso **intranasal** (poco frecuente). La dosis habitual activa oscila entre 40-150 mg.

3.3 Efectos

- **Buscados.** Empatía, incremento de la energía y sensualidad, bienestar, confianza y seguridad en uno mismo, incremento en la percepción visual y auditiva.
- **Adversos. Agudos.** Son frecuentes la aparición de **nauseas, mareo, nistagmo, trismus, bruxismo, xerostomía o taquicardia.** Los episodios de **distimia** (24-48 horas de duración, a los 2-3 días del consumo) son también comunes. Los cuadros de **hipertermia, hepatotoxicidad, hiponatremia, psicosis o accidentes cerebrovasculares** son muy poco frecuentes pero graves.
- **Adversos. Crónicos.** Se ha relacionado el uso habitual de grandes cantidades de MDMA durante largos periodos con la aparición de **déficit neurocognitivos**, en particular **alteraciones en la memoria.**

4. COCAINA

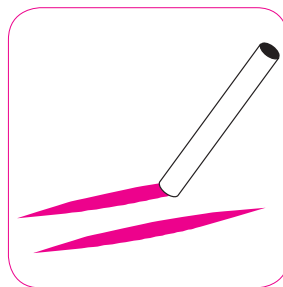
4.1 Generalidades

- **Principio activo.** *esterbenzoil de metilecgonina* principal alcaloide del arbusto *Erythroxylon coca*.
- **Mecanismo de acción.** Estimulante del SNC. Inhibe la recaptación de noradrenalina, dopamina y serotonina. La **vida media** plasmática de 40-90 min. Tópicamente actúa como vasoconstrictor y anestésico local.
- **Duración de efectos.** En función a la vía de administración:
Esnifada: inicio 3-5 minutos, duración 10-40 minutos.
Fumada e inyectada: inicio 5-10 segundos, duración 5-20 minutos. **Estas dos vías son infrecuentes en espacios de ocio.**
- **Detección en orina y otros.** 48-72h tras exposición. Metabolito benzoilecgonina. (Puede prolongarse si se trata de un consumo muy intenso).
- **Interacciones.**
Alcohol: metabolito cocaetileno, aumenta toxicidad en animales de experimentación aunque en humanos su repercusión no parece significativa.

4.2 Formas y vías de administración

- **Clorhidrato de cocaína.** Es la forma más frecuente en espacios recreativos. Polvo blanco, fino y cristalino que se conoce como "coca", "nieve", "camerusa", "dama blanca", "talco", "perico" o "farlopa". La forma más común de administración es "esnifada" (inhalada por la nariz). Menos frecuente es su disolución en agua para la administración intravenosa, (mezclada con heroína se conoce como speedball).
- **Sulfato de cocaína (pasta de coca).** "Basuco", poco usada en Europa, es producto de la maceración de la hoja de coca. Se consume fumada.

○ **Cristales de cocaína (base libre).** Es el producto de la transformación del clorhidrato de cocaína en su forma base neutralizando su forma ácida con bicarbonato o amoníaco. En forma de piedras blancas o amarillas se conoce como “crack”, “base”, “roca”. La vía de administración es fumada (inhalada en pipa). Muy tóxica y adictógena pero excepcional en contextos de ocio.



4.3 Efectos

○ **Buscados.** Euforia, excitabilidad, incremento de la sensación de autocontrol, lucidez mental, locuacidad, sociabilidad, elevación de la autoestima y aumento del deseo sexual. Insomnio y pérdida de apetito.

○ **Adversos. Agudos.**

Frecuentes. Excitación, irritabilidad, taquicardia, insomnio, pérdida de apetito, HTA.

Infrecuentes/dependientes de la dosis o vía de administración.

-Cardiovasculares: Arritmias, IAM.

-Respiratorios: Taquipnea. Neumomediastino, neumotórax. .

-Neurológicos: Cefalea, discinesias, distonías, ACVA, convulsiones.

-Psiquiátricos: Ideación paranoide (sintomatología auto referencial principalmente), alucinaciones (auditivas, olfativas o táctiles) y crisis de pánico.

-Renales: fallo renal agudo.

-Muscular: Mialgia, rabdomiolisis.

○ **Adversos. Crónicos.**

-Psiquiátricos: Depresión, ansiedad, síndromes psicóticos.

-Cofactor de riesgo cardiovascular.

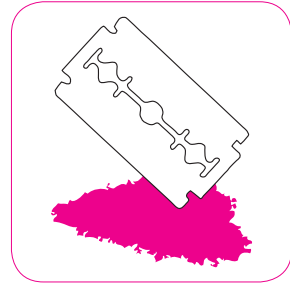
-Asociados a la vía de administración: Rinitis, sinusitis y atrofia del tabique nasal (esnifada). Problemas respiratorios, “pulmón de crack” (fumada). Úlceras, equimosis y patología infecciosa como HIV, VHC y VHB (parenteral).

-Puede producir **tolerancia farmacológica y dependencia.**

5. SPEED

5.1 Generalidades

- **Principio activo.** Clorhidrato o sulfato de anfetamina.
- **Mecanismo de acción.** Liberación e inhibición de la recaptación de **dopamina y noradrenalina**.
- **Duración de efectos.** 6-8 horas.
- **Detección de orina y otros.** Puede detectarse en orina hasta 3-4 días después del último consumo.



5.2 Formas y vías de administración

El patrón de consumo más habitual en Europa es el **uso recreativo intranasal de pequeñas cantidades (5-20 mg)** de polvo (speed, pichu). En EE.UU. y, más recientemente en algunas zonas de Europa Central se está difundiendo el **uso intensivo de base libre de metanfetamina (meth, ice, cristal, cranck)** a través de vía fumada o intravenosa.

5.3 Efectos

- **Buscados.** Euforia, estimulación, disminución del cansancio y sueño. Energía.
- **Adversos. Agudos.** Son **frecuentes** y dependientes de la dosis la aparición de **distonías mandibulares, diarrea, insomnio, ansiedad, taquicardia...La intoxicación aguda puede cursar como una psicosis paranoide.** También es posible (de forma infrecuente) la aparición de **accidentes cardio o cerebrovasculares.** La **vía de administración** fumada o intravenosa incrementa el riesgo de efectos adversos y tóxicos.
- **Adversos. Crónicos.** El uso crónico de metanfetamina puede dar lugar a alteraciones motoras relacionadas con toxicidad sobre el sistema dopaminérgico. Se han descrito cuadros de **nefrotoxicidad y hepatotoxicidad.** Puede producir **tolerancia farmacológica y dependencia.**

6. GHB

6.1 Generalidades

- **Principio activo.** Gamma-hidroxibutirato de sodio (oxibato sódico).
- **Mecanismo de acción.** Interacción con los **receptores gamma-aminobutírico (GABA).**
- **Duración de efectos.** 1-2 horas.
- **Detección de orina y otros.** No es detectable en orina a través de los reactivos utilizados habitualmente.
- **Interacciones.** El uso **simultáneo de depresores** del Sistema Nervioso Central (incluido el alcohol) **incrementan el riesgo de intoxicación de forma notable.**



6.2 Formas y vías de administración

El GHB puede encontrarse en polvo, o con mayor frecuencia como **líquido incoloro, transparente y de sabor ligeramente salado.** La forma de uso más habitual es bebido, de forma directa o disuelto en copa o refresco. Es conocido como potes, biberones o éxtasis líquido. La **dosis recreativa** oscila entre **1 y 2 gramos.** Pequeños incrementos en la dosis potencian los efectos de forma importante.

6.3 Efectos

- **Buscados.** Desinhibición y euforia, incremento de la sensualidad.
- **Adversos. Agudos.** Son **frecuentes** la aparición de **nauseas, vómitos o cefalea.**
- **Adversos. Crónicos.** Induce **tolerancia farmacológica y dependencia.**

La **intoxicación aguda por GHB** cursa como un cuadro de **disminución de nivel de conciencia que puede llegar al coma profundo con depresión respiratoria.** Las intoxicaciones por GHB son frecuentes ya que es imposible conocer la cantidad de sustancia que contiene un envase y la adulteración es sencilla con agua u otros líquidos.

7. KETAMINA

7.1 Generalidades

- **Principio activo.** Clorhidrato de ketamina.
- **Mecanismo de acción.** Antagonista de receptores N-Metil-D-Aspartato (NMDA).
- **Duración de efectos.** 1-2 horas.
- **Detección de orina y otros.** No es detectable en orina a través de los reactivos utilizados habitualmente.
- **Interacciones.**



7.2 Formas y vías de administración

En ambientes recreativos la forma de administración más frecuente es **el uso intranasal de pequeñas dosis** (10-40 mg). También es posible el uso intramuscular o intravenoso. Es conocido como **K, Special K o Kit-Kat**.

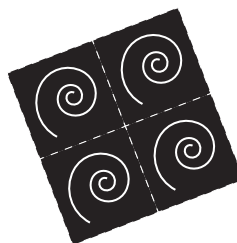
7.3 Efectos

- **Buscados.** Sensación de ingravidez, distorsiones sensoriales leves, estados disociativos.
- **Adversos. Agudos.** Son frecuentes la aparición de **nauseas, vómitos o cefalea**.
La intoxicación aguda por ketamina cursa como un cuadro de disminución de nivel de conciencia acompañado de un estado disociativo profundo. En este estado son frecuentes **episodios alucinatorios del tipo Experiencia Cercana a la Muerte (visión de túnel y luz, fusión con la eternidad...)**, que están suficientemente documentados desde un punto de vista científico.
- **Adversos. Crónicos.** Se ha relacionado el uso habitual de ketamina con problemas de memoria y concentración, deterioro de habilidades lingüísticas y la aparición de **Trastorno Persistente de la Percepción por Alucinógenos (TPPA o flashbacks)**. Recientemente se han descrito cuadros de **cistopatía**. Puede producir **tolerancia farmacológica y dependencia**.

8. LSD

8.1 Generalidades

- **Principio activo.** Dietilamida de ácido N-lisérgico.
- **Mecanismo de acción.** Agonista y antagonista de distintos subtipos de los **receptores serotoninérgicos 5-HT₂**.
- **Duración de efectos.** 6-14 horas.
- **Detección de orina y otros.** Detectable en test de orina hasta 2-3 días después de su consumo.
- **Interacciones.**



8.2 Formas y vías de administración

La LSD es el **psicoactivo sintético de mayor potencia**. Es activo en el rango de los microgramos. La dosis habitual oscila entre los 50-150 μ gr. La forma de presentación más habitual consiste en **pequeños papeles secantes** que contienen disuelta la sustancia (tripis, ácidos, ajos), aunque ocasionalmente puede encontrarse en forma de **micropuntos o gelatinas**.

8.3 Efectos

- **Buscados.** Ilusiones y alucinaciones visuales y propioceptivas. Alteración en la percepción del tiempo y el espacio. **Modificación del estado de consciencia.**
- **Adversos. Agudos.** “Mal viaje”: cuadro de intensas alucinaciones visuales y propioceptivas con contenido intensamente desagradable y terrorífico.
- **Adversos. Crónicos.** Desencadenante de **cuadros psiquiátricos (psicosis, trastornos depresivos y de ansiedad)** en sujetos con predisposición previa. **Trastorno Persistente de la Percepción por Alucinógenos (flashbacks).** Consiste en la **reexperimentación involuntaria de los efectos de la sustancia** días o semanas después de haberla tomado. Es un trastorno grave, invalidante, con tendencia a la cronicidad pero **muy infrecuente**.

9. HONGOS ALUCINÓGENOS



9.1 Generalidades

- **Principio activo.** Psilocina (4-OH-DMT, 4-hidroxi-dimetiltriptamina) y psilocibina (P-4-OH-DMT).
- **Mecanismo de acción.** Agonista y antagonista de distintos subtipos de los **receptores serotoninérgicos 5-HT₂**. Mecanismo de acción no bien comprendido.
- **Duración de efectos.** 4-8 horas.
- **Detección de orina y otros.** No detectable a través de los test de orina habituales.
- **Interacciones.**

9.2 Formas y vías de administración

Los hongos psilocibios (pertenecientes a las familias Psilocybe sp. y Strophoria sp.) crecen de forma espontánea en la mayoría de los climas (setas, monguis). En algunos países europeos su venta es legal. Pueden encontrarse como setas frescas, secas o congeladas. Se consumen por vía oral o en infusión.

9.3 Efectos

- **Buscados.** Ilusiones y alucinaciones visuales y propioceptivas. Alteración en la percepción del tiempo y el espacio. **Modificación del estado de consciencia.**
- **Adversos. Agudos.** “Mal viaje”: cuadro de intensas alucinaciones visuales y propioceptivas con contenido intensamente desagradable y terrorífico. Se han descrito casos aislados de **hepatopatía** con hipertransaminasemia e hiperbilirrubinemia asociados al consumo de hongos.
- **Adversos. Crónicos.** Desencadenante de **cuadros psiquiátricos (psicosis, trastornos depresivos y de ansiedad)** en sujetos con predisposición previa.

Trastorno Persistente de la Percepción por Alucinógenos (flashbacks). Consiste en la reexperimentación involuntaria de los efectos de la sustancia días o semanas después de haberla tomado. Es un trastorno grave, invalidante, con tendencia a la cronicidad pero **muy infrecuente.**

10. POPPERS

10.1 Generalidades

- **Principio activo.** Nitrito de amilo, nitrito de isobutilo.
- **Mecanismo de acción.** Vasodilatación y relajación de músculo liso a través de la liberación de radicales NO y activación de la guanilatociclasa.
- **Duración de efectos.** 1-2 minutos.
- **Detección de orina y otros.** No detectable a través de los test de orina habituales.
- **Interacciones.** El uso simultáneo de fármacos para el tratamiento de la impotencia (sildenafil, tadalafil, vardenafil) o nitratos puede producir cuadros de hipotensión grave y síncope.



10.2 Formas y vías de administración

La vía de administración más habitual es la inhalada .

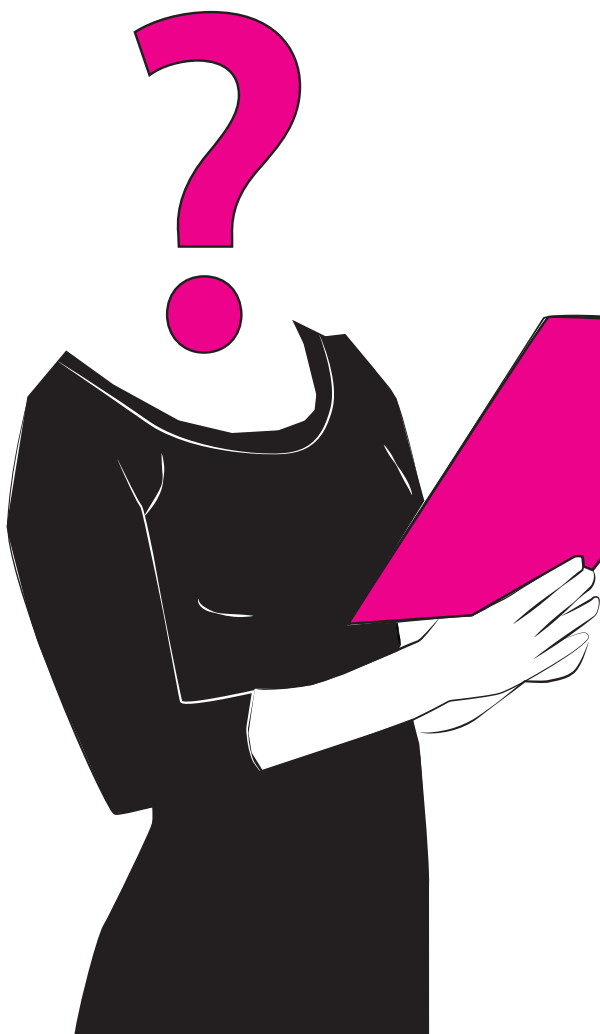
10.3 Efectos

- **Buscados.** Rubefacción, mareo. Intensificador del orgasmo y dilatador de músculo liso (se utiliza para facilitar la penetración anal).
- **Adversos. Agudos.** Rubefacción facial, cefalea, náuseas y vómitos, taquicardia con hipotensión ortostática.
- **Adversos. Crónicos.** Se han descrito casos aislados de metahemoglobinemia y acidosis metabólica en consumidores muy intensivos o intoxicación oral accidental.

5. REDUCCIÓN DE RIESGOS.

La **prevención tradicional** sobre drogas, de tipo primario, se ha centrado en intentar evitar el consumo de drogas señalando las consecuencias negativas que puede acarrear el consumo de sustancias. Pero **estos mensajes no son suficientes para la población en mayor riesgo de tener problemas relacionados con el consumo de drogas:** los propios consumidores. Así, las medidas encaminadas a reducir las consecuencias negativas sobre la salud del consumidor deben de ser también considerados como un objetivo prioritario.

La noción de reducción de riesgos hace referencia a un **concepto de actuación pragmática para promover la salud respetando las** diferencias de estilo de vida, sobre todo en términos de sexualidad y uso de drogas. Se trata de una apuesta por reducir los **riesgos asociados a ciertos comportamientos y responsabilizar a las personas de sus decisiones.** El objetivo es permitir que las personas aprendan a manejar su propio placer y los correspondientes riesgos, gracias a una información correcta y adaptada a sus estilos de vida. De esta forma, para las personas que han decidido no consumir, la información pretende reforzar su posición y ofrecer, en



caso de consumo, pautas válidas para que este consumo sea lo menos problemático posible y, para las personas que lo precisen, acceso a espacios de información y atención.

La eficacia de las estrategias de reducción de riesgos está claramente demostrada en sustancias como la heroína (programas de metadona o de intercambio de jeringuillas). Pero el consumidor de cualquier otra sustancia puede también aprender pautas de uso más seguro que reduzcan los riesgos y daños sobre su salud. **Este tipo de intervención debe entenderse como una prevención específica sobre colectivos concretos y complementaria a la prevención primaria, no como opuesto a ésta.** Tampoco supone una aceptación o aprobación de la conducta del consumidor, sino como el uso de la estrategia más eficaz y adecuada según el momento en el que se encuentra el paciente y su grado de motivación.

A simple vista, podría parecer que el entorno de la atención sanitaria en espacios de ocio no es idóneo para ofrecer estrategias de reducción de riesgos, ya que la intervención suele ser puntual y destinada a la resolución rápida de situaciones concretas. Sin embargo, los mensajes de re-

ducción de riesgos en este entorno pueden tener un doble valor:

- Por un lado **ofrecen información útil para el consumidor**, mediante mensajes sencillos y eficientes que proceden de una **f fuente considerada como de autoridad** (los profesionales sanitarios).
- Por otra parte, con este tipo de mensajes **el paciente no se siente juzgado y percibe la preocupación y el interés del médico por su salud**. Esto contribuye a una mejor relación médico-paciente, facilitando la comunicación.

Algunas ideas básicas de reducción de riesgos que pueden ser útil en una intervención sanitaria pueden ser las siguientes:

- **Conocer los efectos, riesgos y signos de toxicidad de las sustancias.**

Cada droga tiene unos efectos farmacológicos distintos (estimulantes, depresores o alucinógenos), con una duración de efectos determinada, y unas vías de administración concretas para cada una de ellas. Es importante informarse previamente sobre los efectos que pueden esperarse y los riesgos o peligros que puede comportar su uso. También conviene conocer cuales son los signos que indican que algo está yendo mal y por lo tanto conviene buscar ayuda.

- **Programar el consumo.**

Es importante planificar el momento y las circunstancias adecuadas en las que se va a realizar el consumo. Valorar si el entorno físico es adecuado o no (p.ej: un alucinógeno o una sustancia que puede alterar la percepción en un sitio cerrado, con mucha gente), si el momento es conveniente (p.ej: si al día siguiente hay que ir a trabajar), si uno se encuentra en el estado físico y emocional adecuado... No consumir todo aquello que esté a nuestro alcance, sino ponerse límites previamente y respetarlos. En el caso de usar drogas ilegales, tener en cuenta que comprar a un desconocido en un entorno de ocio multiplica las posibilidades de fraude o adulteración con respecto a si se tiene un distribuidor habitual de confianza.

- **Moderar el consumo y espaciarlo.**

Disfrutar de los efectos de una sustancia requiere, necesariamente, de periodos de abstinencia. Estar de forma continua bajo los efectos de un psicoactivo impide distinguir entre lo que se desea y el estado de consciencia normal. Muchas sustancias “pierden su magia” con el uso habitual, por lo que conviene reservarlas para momentos y contextos particulares.

- **Consultar al médico antes de consumir cualquier sustancia si se padece alguna enfermedad o se está tomando cualquier medicación.**

Al igual que los fármacos de prescripción, las drogas pueden estar contraindicadas de forma absoluta en algunas patologías y presentar interacciones farmacológicas que comporten riesgos importantes. Corresponde a los profesionales sanitarios informar sobre éstas, de forma objetiva y ajustada a la realidad.



- **Emplear una técnica adecuada al utilizar drogas por vía intranasal.**

Algunas drogas ilegales (cocaína, anfetamina, ketamina...) se administran habitualmente por vía intranasal. Pulverizar bien la sustancia, alternar ambas fosas nasales, utilizar una superficie limpia, irrigar las fosas nasales con suero fisiológico después del consumo...son medidas que contribuyen a evitar problemas de tipo local (sinusitis, epistaxis, perforaciones de tabique...) En los últimos años, algunos estudios han descrito una mayor prevalencia de infección por Virus de la Hepatitis C (VHC) en consumidores de cocaína por vía intranasal. También se ha detectado este virus en billetes y otros materiales usados para la inhalación. No hay evidencias concluyen-



tes de que el VHC pueda transmitirse al compartir cilindros de inhalación (*turulos*). Pero los datos disponibles, el hecho de que algunos patógenos se transmitan por fluidos nasales (p.ej: los virus del catarro común o de la gripe) y las normas de higiene básica, hacen que recomendar utilizar material propio, limpio (nunca un billete) y desechable para *esnifar* sea un consejo adecuado para los consumidores.

- **Conocer las consecuencias legales que se pueden derivar del consumo.**

La tenencia y/o consumo en lugar público de muchas drogas (cannabis, cocaína y la mayoría de las drogas sintéticas) puede dar lugar a una denuncia y la correspondiente sanción administrativa (multa). Vender drogas aunque sea en pequeñas cantidades, se considera un delito de tráfico de drogas tipificado en el Código Penal y que puede dar lugar a penas de cárcel.

- **Analizar las sustancias que se van a consumir.**

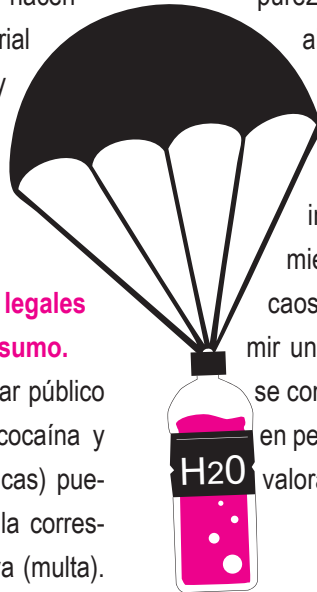
Algunas ONGs y asociaciones de reducción de riesgos (como Energy Control) ponen a disposición de los usuarios servicios de Análisis de Sustancias. Los más sencillos pueden realizarse en espacios de ocio

de forma rápida y dan información de tipo cualitativo sobre la presencia o ausencia de una sustancia en una muestra. Estas asociaciones ofrecen también análisis más completos para detectar la composición concreta de una muestra y estimar su

pureza. Estos datos permiten

al consumidor descartar la presencia de adulterantes, realizar consumos más seguros y recibir información y asesoramiento personalizado. En el

caos de que se vaya a consumir una sustancia de la que no se conoce el contenido, hacerlo en pequeñas dosis con el fin de valorar el efecto.



- **Hacer descansos si se está bailando.**

Algunas sustancias quitan la sensación de hambre, incrementan la frecuencia cardiaca y tensión arterial...otras modifican la percepción del tiempo o de la temperatura corporal. Conviene evitar los ambientes muy cargados y aglomerados, hidratarse con frecuencia (no consumir sólo bebidas alcohólicas) y descansar de vez en cuando.

- **Ser prudente con las mezclas.**

De forma general, mezclar distintas sustancias incrementa los riesgos. Los peligros son particularmente más importantes al combinar drogas con efectos parecidos (por ejemplo: suma de estimulantes: cocaína + anfetaminas o de depresores: alcohol + GHB)

- **No perjudicar a terceros.**

Desde la perspectiva de reducción de riesgos, se trata de capacitar a las personas para que tomen las decisiones que consideren más adecuadas, haciéndose responsable de ellas. La única excepción es el caso de daño potencial a terceros (conducción de vehículos, actividades peligrosas, embarazo y lactancia...) en cuyo caso el NO es el mensaje más adecuado.



6. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE INTOXICADO.

En relación con las drogas y los espacios de ocio, la actuación sanitaria más importante y frecuente es la evaluación y tratamiento del paciente intoxicado. En este capítulo describiremos el diagnóstico y tratamiento de los cuadros de intoxicación por drogas más habituales en espacios recreativos. Previamente, debemos tener en cuenta una serie de limitaciones y dificultades propias de esta materia.

- **Policonsumo de distintas sustancias.**

El patrón de consumo más común es el uso simultáneo de distintas drogas. Este hecho incrementa las posibilidades de una intoxicación (sobre todo si tienen efectos farmacológicos parecidos) y dificulta el diagnóstico. Conviene siempre tener en cuenta el **efecto del alcohol y de las bebidas energizantes**, que muchas veces contienen dosis muy elevadas de cafeína y otros estimulantes legales, pero que no son consideradas como “drogas” por muchos usuarios.

- **Dosificación no cuantificable.**

La forma de presentación de las drogas ilegales dificulta una correcta dosificación. Las presentaciones en polvo o líquidas facilitan la aparición de sobredosis al ser difícil calcular la dosis activa que produce los efectos deseados sin llegar al rango tóxico.

- **Posibilidad de adulteración.**

Las características del mercado ilegal hacen que la adulteración y los fraudes sean siempre una posibilidad a considerar. La mayoría de los excipientes que se utilizan para adulterar las drogas suelen ser **sustancias poco tóxicas** (paracetamol, lactosa, cafeína...) aunque es posible el uso de productos tóxicos o con **capacidad alergénica** (ácido acetilsalicílico, antibióticos...). Desde 2009 se han descrito elevadas frecuencias de **adulteración de cocaína con levamisol**, un antiparasitario que puede producir alteraciones dermatológicas importantes. Ocasionalmente pueden encontrarse en el mercado psicoactivos legales o de legalidad indeterminada de elevada potencia que son vendidas en espacios de ocio como si fueran éxtasis o cocaína. También es posible la venta de medicamentos de prescripción como si fueran drogas ilegales.

- **Ausencia de pruebas específicas para detectar el consumo de drogas.**

Algunos de los reactivos que se emplean habitualmente para la detección de drogas en orina son **muy sensibles pero poco específicos para detectar intoxicación aguda**. Los reactivos de orina para cannabis pueden dar positivo durante varias semanas en consumidores habituales

aunque en el momento del análisis no estén bajo los efectos de esta sustancia. Los reactivos para cocaína, MDMA o anfetaminas pueden dar resultado positivo 2-3 días después del consumo.

Por otra parte, el consumo de drogas como ketamina, GHB, psilocibina, dextrometorfano, triptaminas y feniletilaminas de síntesis, catinonas o cannabinoides sintéticos no puede ser detectado a través de la mayoría de los test disponibles.

- **Ausencia de antidotos específicos.**

El uso recreativo de heroína o benzodiazepinas es muy poco frecuente en espacios de ocio. Éstas son las dos únicas sustancias para las que existen fármacos capaces de revertir sus efectos de forma rápida y segura. El uso de estos antidotos sirve en muchas ocasiones de urgencia como medida terapéutica y a la vez diagnóstica. A pesar de su escasa prevalencia, conviene tener en cuenta esta posibilidad ante un paciente con nivel de conciencia disminuido de probable origen tóxico.

6.1 Valoración del paciente intoxicado por drogas.

La actuación sanitaria ante un paciente supuestamente intoxicado por drogas puede estructurarse según el esquema clásico de recogida de datos (anamnesis), exploración física, petición de pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento. Los dispositivos sanitarios en espacios de ocio tienen características particulares (baja disponibilidad de pruebas complementarias, espacio físico limitado...) **por lo que es particularmente importante tener claro cuándo debe derivarse a un paciente a un Centro Hospitalario.** Así, repasaremos las etapas de la valoración haciendo énfasis en las características particulares del medio recreativo.

• Anamnesis.

La *Tabla 1* recoge algunas de las cuestiones particulares que deben tenerse en cuenta al valorar a un paciente intoxicado en un entorno de ocio. Debe recogerse **información tanto del propio paciente** (en el caso de que su estado de conciencia lo permita) como de los **acompañantes** (en el caso de que estén disponibles). Registrar el número de sustancias (incluyendo las legales) cuantificando la dosis si es posible. Conviene preguntar si los acompañantes o amigos han tomado la(s)

misma(s) sustancia(s) y si han presentado o no síntomas parecidos. Conocer la experiencia previa con drogas del paciente y los antecedentes personales y tratamientos farmacológicos puede ser información de mucha utilidad.

Tabla 1: Anamnesis del paciente intoxicado.

- ¿Qué ha tomado?
- ¿Hace cuánto tiempo?
- ¿Qué dosis?
- ¿Vía de administración?
- ¿Dónde lo han comprado?
- ¿Tienen alguna muestra de la sustancia?
- ¿Qué han estado haciendo desde que tomaron la sustancia?
- ¿Alguna de las personas que le acompaña ha tomado la(s) misma(s) sustancia(s)? ¿Han presentado algún síntoma?
- ¿Es la primera vez que consume esa droga? ¿Qué sucedió en anteriores ocasiones?
- ¿Tiene el paciente algún antecedente personal de importancia? ¿Está en tratamiento con algún fármaco de prescripción?

- **Exploración física.**

Durante la exploración física general debe prestarse especial atención al **estado neurológico**. La existencia de focalidad neurológica (anisocoria, paresias, convulsiones...) obliga a descartar patología cerebrovascular aguda e implica la derivación del paciente de la forma más rápida a un Centro de Tercer Nivel. La presencia de midriasis pupilar bilateral arreactiva en un paciente con nivel de conciencia no alterado puede ser típica de algunas sustancias como la MDMA (éxtasis), LSD o psilocibina y como dato aislado, no implica gravedad. Con respecto al estado neurológico también conviene la valoración cuidadosa de funciones superiores. En un paciente desorientado en persona, espacio o tiempo o con un lenguaje incoherente en forma y contenido...debe considerarse la intoxicación por alucinógenos como posibilidad diagnóstica. En la intoxicación por ketamina es típico un nistagmus horizontal derecho.

El estado general del paciente y la exploración de piel y mucosas también pueden aportar mucha información. En la intoxicación por cannabis es frecuente la hiperemia conjuntival. Las mordeduras y abrasiones en la mucosa yugal pueden sugerir que un paciente ha convulsionado (si su nivel de conciencia es bajo y el resto del cua-

dro clínico es compatible). Pero también pueden presentarse en personas que han consumido recientemente MDMA (éxtasis) o anfetaminas, por el trismus y sequedad bucal característicos de estas sustancias. Deben explorarse las fosas nasales (con un rinoscopio anterior si está disponible) en busca de restos de sustancias que indiquen consumo intranasal reciente.

En la auscultación cardiopulmonar es frecuente la taquicardia tras el consumo de estimulantes. Una taquicardia extrema o cualquier otro tipo de arritmia requiere la realización de un EKG en el caso de estar disponible (o el traslado rápido del paciente a un lugar donde pueda realizarse). Tras el consumo de estimulantes combinado con ejercicio físico importante es posible la aparición de un neumotórax o neumomediastino que debe descartarse mediante RX si el cuadro clínico lo sugiere. En la exploración abdominal debe buscarse la presencia de globo vesical, ya que los derivados anfetamínicos pueden actuar sobre el músculo detrusor de la vejiga y en ocasiones puede ser necesario el sondaje evacuador.

- **Pruebas complementarias.**

La mayoría de los dispositivos de atención sanitaria en espacios recreativos no disponen de pruebas de laboratorio,

radiología...que son necesarios en muchos casos para llegar a un diagnóstico definitivo. Pero existen instrumentos disponibles que pueden aportar información valiosa de forma rápida y eficaz. La **toma de constantes** es obligada en todos los pacientes y puede orientar (crisis o emergencia hipertensiva, arritmias, bradicardia...). La valoración de la **temperatura corporal** también es importante: ante una temperatura corporal elevada sin otra causa que lo justifique conviene estar alerta ante la posibilidad de patología grave (síndrome serotoninérgico, hipertermia maligna...) asociado a estimulantes. Estos cuadros son muy infrecuentes pero potencialmente mortales.

Debería utilizarse un **pulsioxímetro** si está disponible para valorar la oxigenación de los pacientes con bajo nivel de conciencia. El uso de un **glucómetro** también es fundamental, ya que permite descartar y tratar rápidamente tanto la hiper como la hipoglucemia.

Un **etilómetro manual** (aire espirado) también puede ser una herramienta muy útil para valorar orientativamente la gravedad de una intoxicación etílica, la más común en el entorno recreativo.

Tabla 2: Aspectos importantes en la exploración física del paciente intoxicado.

- **Constantes vitales:**
 - Tensión arterial
 - Frecuencia cardiaca
 - Patrón respiratorio
 - Temperatura corporal
- **Piel y mucosas:**
 - Integridad de la mucosa yugal
 - Signos de venopunción
 - Estado del tabique nasal
 - Sudoración
 - Hiperemia conjuntival
- **Auscultación pulmonar y cardiaca:**
 - Arritmias
 - Semiología de edema pulmonar, neumotórax...
- **Abdomen:**
 - Globo vesical
- **Exploración neurológica:**
 - Nivel de conciencia
 - Tamaño y reactividad pupilar
 - Motilidad ocular
 - Reflejos osteotendinosos
 - Signos meningeos
 - Exploración cerebelosa
 - Lenguaje y funciones superiores

• Diagnóstico diferencial.

Algunos cuadros clínicos pueden tener características similares a los de intoxicación por drogas. Aunque el diagnóstico definitivo no se establecerá en el propio dispositivo sanitario del entorno de ocio en muchas ocasiones, conviene tener en cuenta que no todo lo que puede suceder a un paciente tiene que estar necesariamente relacionado con las drogas, incluso aún cuando haya habido consumo. La Tabla 3 resume algunas de estas posibilidades diagnósticas.

Tabla 3: Diagnóstico diferencial del paciente intoxicado por sustancias.

- Intoxicación o efecto adverso producido por fármacos de prescripción
- Intoxicación por monóxido de carbono, metales pesados...
- Lesiones estructurales del SNC
- Trastornos metabólicos: hipertiroidismo, hipoglucemia...
- Infecciones del sistema nervioso central: meningitis bacteriana, encefalitis herpética...
- Epilepsia
- Crisis de ansiedad
- Trastornos psiquiátricos
- Delirium tremens

6.2 Principios fundamentales del tratamiento por intoxicación.

Las limitaciones y dificultades descritas al principio de este capítulo van a condicionar el tratamiento del paciente en un contexto que, en muchas ocasiones, tiene recursos limitados. De forma general, cuando existan dudas sobre el diagnóstico, el tratamiento o sea necesaria la observación supervisada del paciente, la actitud más prudente será derivar al paciente en ambulancia medicalizada a un lugar suficientemente equipado.

Conviene **conocer las características farmacológicas y clínicas de las sustancias de mayor prevalencia.** Por ejemplo, en cuadros de intoxicación con sintomatología psiquiátrica importante debe asegurarse la observación del paciente al menos el tiempo suficiente hasta que hayan remitido los efectos. Los efectos de algunas anfetaminas alucinógenas (DOM, DOB) y el cannabis cuando se utiliza por vía oral pueden prolongarse más de 24 horas. Por el contrario, sustancias como la ketamina o el GHB tienen un metabolismo más rápido en el organismo. La actitud clínica debe ser proporcionada a la gravedad de la situación (por ejemplo, no tiene sentido colocar una sonda nasogástrica o el uso de carbono activado cuando la intoxicación

se ha producido por vía intranasal o fumada). Como se señaló previamente, deben **evitarse los juicios de valor o actitudes paternalistas**, ya que no son pertinentes y además dificultan una intervención adecuada. Independientemente de los recursos disponibles, siempre se debe estar alerta ante la aparición de señales que nos indiquen que nos encontramos ante una emergencia médica.

Ya que el patrón de consumo más frecuente es el policonsumo de sustancias, clasificaremos el tratamiento de acuerdo a tres grandes cuadros sindrómicos, haciendo referencia en cada caso a las particularidades que puede presentar cada sustancia concreta.

6.3 Intoxicación por depresores.

En este apartado incluiremos las intoxicaciones por alcohol, benzodiazepinas, opiáceos, GHB, barbitúricos o cualquiera de sus combinaciones. Algunas variedades de cannabis pueden presentar también efectos de tipo sedante.

Los síntomas y signos más frecuentes son la **disminución del nivel de conciencia en distinto grado** (confusión, estupor, coma...), hipotensión arterial, bradicardia, hipotonía muscular, hipotermia... Deberán de adoptarse medidas generales (asegurar

vía aérea, búsqueda y retirada de cuerpos extraños, prótesis...y obtención inmediata de glucemia y saturación de oxígeno, oxigenoterapia con mascarilla...). Aunque la **Escala de Glasgow** (Tabla 4) está diseñada para la valoración del traumatismo craneoencefálico, puede utilizarse como valoración diagnóstica y de gravedad del cuadro (una puntuación menor de 8 puntos indicaría valorar la necesidad de intubación).

Tabla 4: Escala de Glasgow.

- **APERTURA OCULAR:**
 - Espontánea: 4
 - Orden verbal: 3
 - Estimulo doloroso: 2
 - Ninguno: 1
- **RESPUESTA VERBAL:**
 - Orientado: 5
 - Confuso: 4
 - Palabras inapropiadas: 3
 - Sonidos incomprensibles: 2
 - Sin respuesta: 1
- **RESPUESTA MOTORA:**
 - Obedece ordenes: 6
 - Localiza el dolor: 5
 - Retirada al dolor: 4
 - Flexión al dolor: 3
 - Extensión al dolor: 2
 - Sin respuesta : 1

6.3.1 La Intoxicación etílica.

Es con diferencia el cuadro más frecuente en entornos recreativos. El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Suelen distinguirse cuatro fases (Tabla 5). La combinación de los hallazgos exploratorios y la alcoholemia (un etilómetro portátil puede ser una herramienta orientativa útil, como se señaló en el apartado anterior) determinarán la actitud a seguir. La alcoholemia asciende rápidamente durante los 15-30 primeros minutos post ingesta para des-

cender con una velocidad media de 0.15 g/h. Muchas intoxicaciones leves pueden ser dadas de alta en el propio espacio de ocio si no existe traumatismo craneoencefálico o toma de otras sustancias.

Con respecto al tratamiento de la intoxicación conviene resaltar:

- La primera medida a tomar será la **determinación de glucemia**. Si hay hipoglucemia debe canalizarse una vía intravenosa con suero glucosalino 500 cc al 10% a un ritmo

Tabla 5: Grados de intoxicación etílica.

| Grado | Síntomas | Alcoholemia aproximada (g/1000) | Actitud |
|-------|---|---------------------------------|---|
| 1 | Euforia, locuacidad, desinhibición, descoordinación motora leve | 0,5-0,8 | Conservadora, en la mayoría de los casos no necesita tratamiento. |
| 2 | Torpeza motora, reflejos alterados, disforia, irritabilidad, desinhibición. | 0,8-1,5 | Observación. |
| 3 | Disartria, ataxia, caídas frecuentes, visión borrosa o doble | 1,5-3,5 | Observación. Plantearse derivación si condiciones no adecuadas |
| 4 | Depresión SNC | >3,5 | Derivación hospitalaria urgente |

de perfusión de 14 gotas/minuto.

- No existen evidencias de que las vitaminas del complejo B tengan ninguna eficacia en el tratamiento de la intoxicación etílica aguda. **La inyección de vitamina B6 no tiene demostrada ninguna utilidad.** El uso de vitamina B1 o tiamina (Benerva® 100 mg) sólo está indicado en pacientes con etilismo crónico para prevenir la encefalopatía de Wernicke.
- En el caso de agitación o agresividad son preferibles los **neurolépticos sedantes** (Tiaprida 100-200 mg/im o iv, Levopromacina 25-50 mg im, Haloperidol 5 mg im) a las benzodiacepinas (Diacepam 10-20 mg/im) por el riesgo de depresión respiratoria.
- Las intoxicaciones de grado 4 y algunas de grado 3 deben ser derivadas a un medio hospitalario, tanto para confirmar el diagnóstico (descartar acidosis láctica, metabólica o respiratoria) como para mantener al paciente en observación hasta que ceda el episodio.
- No olvidar recomendar al paciente el uso de analgésicos (por ejemplo paracetamol 1g/6-8 horas) para aliviar los previsibles síntomas del día siguiente.

6.3.2 Intoxicación por GHB.

La forma de presentación del GHB (líquido

incolore hidrosoluble de difícil dosificación o su precursor inmediato, el GBL (gamma-butirolactona), facilitan la intoxicación por este depresor del SNC. Se ha definido la intoxicación por GBL como “**disminución del nivel de consciencia en distinto grado (desde la confusión leve al coma profundo) que no responde a la administración de flumazenilo ni naloxona y que revierte rápida y espontáneamente al cabo de pocas horas**”.

Existen pocos datos epidemiológicos en España, pero su uso parece estar en crecimiento y es particularmente prevalente entre el **colectivo homosexual**, por lo que las intoxicaciones pueden ser más frecuentes en festivales y eventos destinados al público gay. El margen de seguridad del GHB (diferencia entre dosis que produce efectos deseados y la que produce efectos tóxicos) es menor que el de otras drogas. Dosis entre 1 y 2 gr. de GHB producen efectos euforizantes que se transforman en depresores por encima de 2.5-3 gr. El uso de otros depresores del SNC aún en dosis moderadas (incluyendo el **alcohol**) multiplica la probabilidad de intoxicación.

Aunque la intoxicación por GHB pueda ser clínicamente muy llamativa, en la mayoría de los casos el riesgo vital es bajo, ya que la sustancia no deprime el centro respiratorio

y la farmacocinética de la sustancia hace que se elimine en pocas horas a través del ciclo de Krebs. Es característica la depresión del SNC que revierte de forma espontánea y rápida. Pero en la práctica las dudas sobre el diagnóstico de certeza o sobre la presencia de otros depresores condiciona la actitud terapéutica.

- La actitud terapéutica estará condicionada por la gravedad del caso, los medios disponibles y la información que proporcione el usuario o sus acompañantes. Si hay datos suficientes como para asegurar que el GHB es la única sustancia implicada y el estado del paciente es aceptable puede optarse por colocarlo en posición lateral de seguridad y observación de forma continua, ya que la evolución natural del cuadro es la resolución.

Si existe **bradipnea, desaturación o bajo nivel de conciencia** (Tabla 6) puede estar indicada la **intubación endotraqueal y derivación hospitalaria**.

- Se ha propuesto el uso de fisostigmina (1-2 mg en infusión iv lenta en 2-3 minutos) como antídoto específico para el GHB. La necesidad de contar con registro EKG previo y los posibles efectos secundarios hacen que no pueda recomendarse su uso, que estaría restringido únicamente a circunstancias muy concretas y siempre en un centro hospitalario.
- El GHB puede obtenerse reaccionando GBL con hidróxido sódico. Un mal ajuste del pH podría dar lugar a erosiones o quemaduras en tracto digestivo. Conviene preguntar siempre por síntomas de tipo digestivo (pirosis, dolor abdominal...)

Tabla 6: Actitud ante el paciente intoxicado por GHB

| | |
|--|---|
| Glasgow \geq 8, FR \geq 10, Sat \geq 98% | Posición lateral de seguridad. Puede manejarse en espacio de ocio si los medios y condiciones son adecuadas |
| Glasgow \leq 8, FR \leq 10, Sat 93-98% | Posición lateral de seguridad. En la mayoría de los casos precisará de derivación hospitalaria |
| Glasgow \leq 8, FR \leq 10, Sat \leq 93% | Derivación hospitalaria urgente tras intubación endotraqueal (si está disponible) o soporte ventilatorio. |

Glasgow: Puntuación en la escala de Glasgow. FR: Frecuencia respiratoria
Sat: Saturación de oxígeno medida con pulsioxímetro.

6.3.3 Intoxicación por opiáceos y benzodiazepinas.

La presencia en espacios recreativos de este tipo de sustancias es muy baja. Pero las benzodiazepinas son fármacos de uso habitual y su intoxicación puede ser voluntaria (en EE.UU. es frecuente el uso de flunitrazepam como droga recreativa), potenciada por alcohol en una persona en tratamiento con estas sustancias, o incluso pueden aparecer como un fraude en el mercado negro. A pesar de la percepción popular, el uso de depresores (benzodiazepinas o GHB) con fines delictivos (drogas de violación o de sumisión química) es anecdótico y epidemiológicamente irrelevante.

Ante un coma tóxico de origen desconocido la administración de los antidotos específicos puede tener un doble valor diagnóstico y terapéutico.

- La **naloxona** es el antidoto específico de la intoxicación por opiáceos. Suele administrarse en dosis de 0,4 mg iv cada 2-3 minutos hasta un máximo de 2 mg. Su vida media es muy corta, por lo que al cabo de una hora puede aparecer nuevamente depresión del SNC y respiratoria (importante en intoxicaciones por codeína o metadona). En la intoxicación por opiáceos +

cocaína incrementa su potencial arritmogénico.

- El **flumazenilo** es el antidoto para la intoxicación por benzodiazepinas. Se administran 0.25 mg iv hasta un máximo de 2 mg. Debe verificarse la semivida de la benzodiazepina que produjo la intoxicación por el riesgo de resedación al cabo de 1-2 horas.

6.4 Intoxicación por alucinógenos.

Las drogas psicodélicas producen un estado modificado de consciencia en el que se modifica la percepción a través de los sentidos, la propiocepción, percepción de espacio y tiempo, forma y contenido del pensamiento...de forma variable. La LSD y la psilocibina (presente en los hongos *psilocybes*) pueden considerarse *psicodélicos clásicos* con los que existe suficiente investigación y experiencia en humanos. Pero durante los últimos años **se está popularizando el uso de distintas sustancias químicas con propiedades alucinógenas o estimulantes, no todas ellas fiscalizadas, de fácil adquisición a través de Internet** (*Legal highs, Research chemicals...*). Su presencia en espacios de ocio es escasa en el momento actual pero su potencial de producir cuadros de intoxicación grave es muy elevado, al ser sustancias sobre las que no existen datos

sobre sus efectos farmacológicos o toxicológicos en humanos. Cualquier intoxicación por sustancias de este tipo (Tabla 7) debería ser valorada y observada en un medio especializado.

negativos o desagradables que pueden manifestarse durante una experiencia con psicodélicos. Las manifestaciones pueden variar desde ansiedad inespecífica hasta

Tabla 7: Algunos ejemplos de nuevas drogas (legal highs, research chemicals...)

| | |
|---|---|
| Triptaminas: | |
| - De duración corta o media | 5-MeO-DMT, 4-ACO-DMT, 5-MeO-DET, DPT, 4-ACO-DIPT, 5-MeO-DALT |
| - Larga duración | AMT, 5-MeO-AMT |
| Feniletilaminas: | |
| - De duración media | 2C-B, 2C-B-fly, 2C-E, 2C-D, 2C-I |
| - Larga duración | Bromo-dragonfly, DOM, DOC, DOI, DOB |
| Arilciclohexaminas disociativas: | 4,3-MeO-PCP, metoxetamina |
| Cannabinoides sintéticos: | <i>Spice drugs</i> (HU-210, JWH-019, JWH-081, JWH-200, JWH-210, WIN55212- |
| Piperidinas estimulantes: | Desoxipipradol, difenilprolinola |
| Piperazinas: | BZP, TFMPP, MDBZP, TFMPP |
| Derivados de catinona: | Mefedrona (4-MMC), 4-MEC, butilona, mk-MBDB |

6.4.1 Intoxicación por LSD y psilocibina.

El uso de dosis elevadas, la falta de experiencia, la mezcla de distintas sustancias, un entorno inadecuado o factores de tipo psicológico (personalidad predispuesta, miedo a la experiencia...) facilitan la aparición de un “mal viaje”. Este término define un conjunto de síntomas psíquicos

estados de terror y alucinaciones visuales incontrollables, ideas paranoides de persecución, sensación de alienación, de que el mundo no es real o de muerte inminente. Los “malos viajes puros” son tan poco frecuentes como los “buenos viajes puros”. La aparición de pensamientos negativos, momentos de ansiedad, percepciones vi-

suales desagradables, dificultad para pensar... son un elemento más de la experiencia con psicodélicos. En la medida en que estos pensamientos o sentimientos sean muy prolongados en el tiempo, causen un malestar significativo o puedan dar lugar a conductas potencialmente graves (intento de agredir a otras personas o a uno mismo) precisarán de intervención.

Este tipo de reacciones negativas pueden controlarse muchas veces sin necesidad de intervención especializada.

Para proporcionar ayuda conviene hablar a la persona de una forma tranquila, calmada, empática... Un cierto grado de contacto físico (abrazar, sentar en el suelo, ayudar a controlar la respiración...) suele ser útil. Conviene recordarle que está bajo los efectos pasajeros de una sustancia y que no se va a volver loco. Orientarle en persona, espacio y tiempo (recordarle de forma repetida quién es, dónde está y cuanto tiempo ha pasado desde que tomó la sustancia) también suele facilitar las cosas. Se debe escuchar a la persona e intentar razonar con ella, aunque sin ser impositivo, entrar en discusiones o dejarse arrastrar por sus razonamientos. En general, suele ser útil animar a dejarse llevar por la experiencia y no a luchar contra ella, aunque es difícil dar una pauta de actua-

ción general y cada caso concreto debe ser valorado de acuerdo con el sentido común y el grado de experiencia en este tipo de manejo de la persona que atiende. En el caso de que estas medidas fallen o los síntomas sean muy importantes puede estar indicado el tratamiento farmacológico.

- Las **benzodiacepinas** suelen considerarse fármacos de elección. Puede emplearse diacepam (10-30 mg v.o. o i.m) o equivalentes a dosis medias-altas. En caso necesario pueden utilizarse benzodiacepinas sedantes de vida media corta (midazolam im o iv)
- El uso de haloperidol o clorpromacina no se considera indicado por su espectro de efectos adversos. En el caso de utilizar neurolepticos, los más modernos (**risperidona, olanzapina**) son al menos a nivel teórico más selectivos y seguros.

6.4.2 Intoxicación por Ketamina.

La **ketamina** es un anestésico disociativo que se caracteriza por efectos alucinógenos de tipo propioceptivo (sensación de flotar, de cambio de las características del propio cuerpo). A dosis elevadas puede producir un estado disociativo en el cual es imposible moverse y tener percepciones de abandonar el propio cuerpo o fundirse con la eternidad (K-hole). No deprime re-

flejos respiratorios y su vida media de eliminación es corta. Las alteraciones psicomotoras y sus efectos anestésicos pueden facilitar la aparición de accidentes. En la intoxicación aguda es típica la taquicardia, hipertensión y nistagmus horizontal. El tratamiento es sintomático como se ha descrito previamente.

6.4.3 Intoxicación por cannabis.

La **intoxicación aguda por cannabis** es un cuadro relativamente frecuente. El uso de variedades con alta potencia, la falta de experiencia y el uso de la vía oral (con la que no es posible estimar la cantidad de cannabinoides que se han ingerido) son circunstancias que facilitan su aparición. Orgánicamente, la presentación clínica más frecuente es la de un episodio de **hipotensión ortostática con taquicardia refleja y síntomas vegetativos** (palidez cutánea, sudoración, náuseas, dolor abdominal...), que puede llegar a desencadenar un síncope. El cuadro suele resolverse de forma espontánea con la aplicación de medidas de tipo general (tumbar al paciente, aflojar la ropa, colocarlo en decúbito supino lateral con las piernas elevadas y la cabeza ladeada durante unos minutos) y, excepto en personas con una enfermedad cardiovascular preexistente, no reviste gravedad.

Pero la **intoxicación aguda por cannabis puede presentarse como un cuadro con predominio de síntomas de tipo psicológico**, que pueden ser muy variados y de distinta intensidad. Son frecuentes los casos de intoxicación leve caracterizados por disforia, ansiedad, inquietud, agitación psicomotora, dificultad para seguir el curso del pensamiento, alteraciones en la percepción temporal. Este tipo de situaciones suele responder bien a las medidas de apoyo de tipo psicológico ya descritas. Si son insuficientes o los síntomas son muy intensos, está indicado el tratamiento farmacológico: benzodiazepinas por vía oral (lorazepam 1-2 mg, alprazolam 1 mg), intramuscular (clorazepato dipotásico 50 mg, diazepam 10 mg), o neurolépticos sedantes (levomepromacina 25 mg, clotiapi-na 40 mg), en función de la gravedad de la situación y las características del paciente. En este sentido, ninguno de los psicofármacos de uso habitual presenta interacciones farmacológicas.

Las intoxicaciones por alucinógenos no deberían ser dadas de alta hasta que **los síntomas hayan remitido de forma completa y se encuentre en el estado de consciencia habitual. Debe indicarse a los acompañantes la necesidad de observación domiciliaria durante los días**

siguientes y acudir al médico en el caso de que reaparezcan los síntomas. Los brotes psicóticos desencadenados por psicodélicos son estadísticamente poco frecuentes pero debe de advertirse sobre la posibilidad.

6.5 Intoxicación por estimulantes.

La **cocaína, anfetamina, metanfetamina y cafeína** son los estimulantes más frecuentes en espacios recreativos. Dosis elevadas o mezcla de sustancias facilita la aparición de toxicidad, que también puede verse potenciada por drogas con efectos activadores sobre el sistema cardiovascular como la **MDMA y la ketamina.**

Las manifestaciones clínicas están mediadas por el **efecto simpaticomimético** y su repercusión sobre el **sistema cardiovascular** y el **sistema nervioso.** Son frecuentes la **taquicardia, palpitaciones, taquipnea, temblor, hiperreflexia, incremento de la tensión arterial y de la temperatura corporal...**A nivel psicológico puede aparecer **agitación psicomotriz, agresividad, ansiedad...** A dosis muy elevadas la intoxicación por estimulantes puede presentarse como una **psicosis tóxica de características paranoides.**

Los cuadros de **agitación leve o mo-**

derada suelen responder bien a benzodiazepinas por vía oral (Diazepam 10 mg o Lorazepam 1-2 mg). Si la agitación es muy intensa, hay agresividad o la vía oral no puede utilizarse por cualquier otro motivo, pueden utilizarse benzodiazepinas por vía intramuscular o intravenosa o haloperidol (5 mg i.m).



El **dolor torácico asociado al consumo de estimulantes** es una circunstancia relativamente frecuente. Estadísticamente la probabilidad de infarto agudo de miocardio oscila entre el 6-15% según las series y los autores. Pero el EKG es poco sensible y poco específico para descartarlo (taquicardia, repolarización precoz benigna...)

por lo que muchos de estos casos deberían ser **derivados a un hospital** para seriación de enzimas y descartar patología grave.

La **cefalea** también es un síntoma frecuente. Si esta es muy intensa, de características distintas a las habituales, existe focalidad neurológica o criterios de organicidad, deberá ser derivada urgentemente para descartar patología cerebrovascular aguda.

El **tratamiento farmacológico de las complicaciones cardiovasculares** (HTA, angina, infarto, arritmias...) no difiere del habitual teniendo en cuenta los siguientes detalles:

- La taquicardia sinusal, arritmias supraventriculares e hipertensión arterial (sin clínica de urgencia o emergencia hipertensiva) suelen responder bien a las **benzodiacepinas**.
- El **uso de betabloqueantes puros está contraindicado en la intoxicación por cocaína**. Está demostrado que el propanolol incrementa la mortalidad, produciendo hipe-

reactividad alfaadrenérgica e hipertensión de rebote. En caso de necesitar fármacos de esta familia el labetalol (10-20 mg iv) sería el más adecuado.

- Antes de utilizar **nitratos** (nitroprusiato, nitroglicerina sublingual) se debe interrogar al paciente sobre el **uso previo de inhibidores de la PDE-5** (sildenafil, vardenafilo, tadalafil...) en las horas/días previos. El uso de estos fármacos con fines sexuales en entornos recreativos es relativamente frecuente y, en combinación con nitratos pueden producir cuadros de hipotensión grave.
- La **lidocaína está contraindicada** como antiarrítmico por sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central.
- La **hipertermia asociada a estimulantes o MDMA es un cuadro excepcional pero potencialmente mortal**. Se caracteriza por temperatura corporal > 40°C y distintas alteraciones que con frecuencia desembocan en coagulación intravascular diseminada y rhabdomiolisis. El tratamiento inmediato consiste en **medidas físicas** (colocación de hielo en ingles, axilas y tórax, inmersión y enemas de agua fría...) hasta que el paciente pueda ser derivado a una **Unidad de Vigilancia Intensiva**.

7. LINKS Y OTROS ARTICULOS DE INTERES.

7.1. Páginas web nacionales.

Energy Control

URL disponible en <http://www.energycontrol.org>

Energy Control es el proyecto más grande y más veterano en reducción de riesgos en uso recreativo de drogas. En su página web puede encontrarse información actualizada sobre drogas, acceso a los materiales del grupo en formato pdf, resultados de análisis a nivel nacional y un foro muy activo sobre reducción de riesgos y drogas, entre otros contenidos de interés. Ofrece distintas actividades formativas sobre drogas destinadas a profesionales sanitarios.

Hegoak

URL disponible en <http://www.hegoak.org/>

Hegoak es una asociación sin ánimo de lucro implantada en Navarra que trabaja con la filosofía de reducción de riesgos. En su página web ofrece información sobre la asociación, datos sobre su Servicio de Análisis y sobre los servicios que presta (juventud, comunidad, familias...)

Ai Laket

URL disponible en <http://www.ailaket.com>

Ai Laket es una asociación de usuarios y ex-usuarios de drogas ilícitas que trabaja por su normalización. Su ámbito de actuación es el País Vasco. Cuenta con un Ser-



vicio de *testing* de sustancias en espacios recreativos y un punto fijo de análisis. Ofrece información sobre sus resultados en su página web.

Exeo

URL disponible en <http://www.exeo.info/>

Proyecto de reducción de riesgos con sede en Castilla-León (Valladolid).

Somnit

URL disponible en <http://www.somnit.org/>

Proyecto de reducción de riesgos centrado en intervención directa en espacios de ocio nocturno.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)

URL disponible en <http://www.semfy.com>

semFYC es la principal Sociedad Científica que agrupa a los Médicos de Familia de España. En su página web pueden encontrarse recursos muy distintos sobre salud, dirigidos tanto a profesionales como a pacientes. La Sociedad tiene un Grupo de Trabajo específico sobre Drogas.

Plan Nacional sobre Drogas

URL disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/>

La página del PNSD representa una parte importante de la iniciativa institucional en materia de drogas. En ella, se puede en-

contrar información muy variada: políticas y acciones administrativas sobre drogas, recursos sobre drogodependencias o una sección destinada a estadísticas o estudios en materia de drogas.

7.2. Otros recursos on-line.

The Vaults of Erowid

URL disponible en <http://www.erowid.org>

Erowid es una de las fuentes de información más veteranas y completas disponible en Internet sobre drogas. Sus bases de datos contienen información actualizada y de calidad sobre la práctica totalidad de las sustancias psicoactivas: plantas, fármacos de prescripción, compuestos químicos, drogas de uso recreativo... desde las más clásicas (opiáceos, cocaína, cannabis...) hasta las drogas de síntesis más novedosas. La información de tipo sanitario es fácilmente accesible y rigurosa, y tiene acceso directo a los artículos científicos más relevantes sobre cada sustancia.

Instituto para el Estudio de las Adicciones (IEA)

URL disponible en: <http://lasdrogas.info>

La página web del IEA es un recurso de calidad y actualizado sobre aspectos preventivos y terapéuticos relacionados con adicciones. Su página web recopila las noticias más relevantes en castellano so-

bre drogas, tanto procedentes de medios de comunicación como de publicaciones especializadas. La página incluye un calendario actualizado con los congresos y reuniones científicas más importantes, tanto a nivel nacional como internacional. Además enlaza con distintas guías preventivas y terapéuticas destinadas a públicos muy diversos (embarazadas, padres, jóvenes, profesionales...).

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT)

URL disponible en <http://www.emcdda.europa.eu/>

El objetivo de este organismo es proporcionar a la UE una visión objetiva de lo que acontece en Europa en materia de drogas. En su página web, se puede encontrar diferentes temáticas y una extensa fuente de información. Estas temáticas van desde políticas sobre drogas, informes sobre sustancias concretas (Cannabis, cocaína, heroína...), datos sobre prevalencias y epidemiología del consumo...etc desde una perspectiva internacional. Además, navegando por la página podemos encontrar el acceso a distintas publicaciones realizadas por la organización: monografías, informes anuales, evaluación de riesgos, sustancias...



7.3. Artículos científicos.

Caudevilla Gállico, F; González Fernández, I; Cabrera Majada, A. *Cocaína: novedades. Form Med Contin Aten Prim.*2010; 17(01):3-11

URL disponible en: <http://www.slideshare.net/fernandocaudevilla/cocaina-fmc>

Actualización sobre cocaína.

Caudevilla F. Cabrera A. *Novedades sobre el cannabis. Form Med Contin Aten Prim.* 2009;16:204-12.

URL disponible en: <http://www.slideshare.net/fernandocaudevilla/3504-03-act-204-212>

Actualización sobre cannabis.

Caudevilla F, González Tardón P, Fenoll C. *Novedades en drogas de síntesis. Form Med Contin Aten Prim* 2009; 2009;16(7):383-9

URL disponible en:

<http://www.slideshare.net/fernandocaudevilla/actualizacin-novedades-en-drogas-de-sntesis>

Actualización sobre drogas de síntesis.

Iglesias Lepine ML, Echarte Pazos JL, Calpe Perarnau J, Mariñosa Marré M, Lloret Carbo J. *Intoxicaciones por drogas de abuso. Menarini* 2009.

URL disponible en:

http://www.tauli.cat/tauli/cat/Lacorporacio/els-centres/HS/webs/Urgencies/6_Info_professionals/Llibres_manuals_utilitat/LIBRO_INTOXI-

CACIONES POR DROGAS DE ABUSO.pdf

Guía ilustrada y práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de una gran cantidad de sustancias psicoactivas.

Abanades S, Peiró AM, Farré M. *Club drugs: los viejos fármacos son las nuevas drogas de la fiesta. Med Clin (Barc).* 2004;123:305-11.

URL disponible en:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v123n08a13065448pdf001.pdf>

Artículo de revisión sobre ketamina, GHB, dextrometorfano y óxido nítrico.

Bobes J, Saiz P (Eds) *Monografía drogas recreativas. Adicciones* 2003, 15 Supl 2

URL disponible en:

http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/drog_recreativas.pdf

Monografía con artículos sobre MDMA, ketamina y GHB entre otras sustancias.

8. ANEXOS.



8.1 Propuesta de registro actividad sanitaria en ocio nocturno.

INFORMACIÓN DEL EVENTO

(1 registro por evento)

Nombre del evento

Municipio / Provincia Fecha

Empresa sanitaria que gestiona el evento

Responsable del servicio

Equipo que interviene:

Enfermería

Médico

Socorrista

Voluntario

061

Otros:

Horario del servicio de atención sanitaria

Nº asistentes del Festival

Nº de atenciones realizadas

Nº de salidas en ambulancia

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

(1 registro por cada paciente atendido)

Horario de la atención

Sexo: Fem. Masc Edad: Población/provincia de origen:

Antecedentes personales de interés:

Alergias: No conocidas Sí:

Tratamiento farmacológico actual:

Causas de atención médica:

Intoxicación por alcohol y otras drogas (especificar sintomatología):

Sintomatología gastrointestinal (especificar):

Sintomatología cardiovascular (especificar):

Sintomatología neurológica (especificar):

Sintomatología psiquiátrica (especificar):

Sintomatología respiratoria (especificar):

Traumatismo (especificar localización):

Reacción alérgica (especificar):

Otras (especificar):

Consumo de tóxicos en las últimas 8 horas:

.....

Tipo de drogas consumidas.

| Sustancia | Cantidad | Ultima hora | Sustancia | Cantidad | Ultima hora |
|------------------|----------|-------------|------------------|----------|-------------|
| Alcohol | | | Éxtasis | | |
| Cocaína | | | 2cb o Nexus | | |
| Speed | | | LSD | | |
| Cannabis | | | GHB* | | |
| Ketamina | | | Desconocida | | |
| Setas | | | Otras | | |

* GHB también conocido como éxtasis líquido.



· DISMINUCIÓN DE RIESGOS EN CONSUMO DE DROGAS ·

www.energycontrol.org

Somos un colectivo de personas que, consumidoras o no, nos sentimos preocupadas por el uso de drogas que se da en los espacios de fiesta y en la sociedad. Desarrollamos estrategias de Gestión de Placeres y Riesgos, ofreciendo información, asesoramiento y formación sobre drogas con el fin de disminuir los riesgos de su consumo.

Por ello, el grupo trabaja para ofrecer información objetiva que facilite una toma de responsabilidad en la decisión de consumir o no, abordando el consumo desde una perspectiva preventiva de reducción de riesgos. Para las personas que han decidido no consumir, la información pretende reforzar su posición y ofrecer, en caso de consumo, guías válidas para un uso responsable, así como permitir que esta información pueda ser útil a amigos y conocidos próximos que sí han decidido consumir.

Para las personas que han decidido consumir, la información pretende proporcionar elementos útiles que favorezcan la preservación de modelos de consumo de menor riesgo y, para las personas que lo precisen, acceso a espacios de información y atención. Como grupo, EC no se posiciona ni a favor ni en contra de las drogas, entendiendo su consumo como un tema de salud y no de moral.



infoline 902 253 600
www.energycontrol.org

Gestiona:  **ABD**

Financiado por:



Colabora:  **semFYC**
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

 **creative commons** /2012