Emergencias en adicciones y abuso de psicofármacos

Dr. Daniel Seijas B.
Departamento de Psiquiatría Clínica Las Condes.
Director Instituto Centroeduca.

Resumen

El abuso y dependencia de sustancias psicoactivas es una causa frecuentemente oculta de consulta en servicios de urgencia. Si bien, ciertos consumos de drogas se han estabilizado en la última década, ha habido un aumento sostenido del consumo de todas las drogas, tabaco y alcohol. El abuso de psicofármacos se ha mantenido estable en los últimos años, pero irrumpe una nueva droga en el panorama nacional que es el éxtasis.

En los servicios de urgencia hasta un 27% de los consultantes declaran haber usado alguna droga y/o alcohol. Además, un 7% de los consultantes mostró una muestra positiva para cocaína.

Los pacientes no consultan por problemas adictivos sino por causas traumatológicas, intoxicaciones y otros.

Se discute en el presente artículo la necesidad de evaluación práctica y clínica evaluando correspondientemente la existencia o no de problemas adictivos.

Se analizan aspectos relacionados con el consumo, intoxicación y desintoxicación del paciente de acuerdo a cada paso. Se analiza además el manejo farmacológico y/o psicológico para cada una de las sustancias y situaciones clínicas y criterios para el manejo de estas emergencias.

INTRODUCCIÓN

La epidemiología del consumo de sustancias psicoactivas en Chile, cuenta desde hace una década con estudios seriados en diversas poblaciones (general, estudiantil y laboral) junto con algunos estudios en servicios de urgencia que permiten realizar una vigilancia epidemiológica del uso y abuso de alcohol, tabaco y drogas.

Así veremos que luego de un aumento del consumo reciente (último mes) de diversas drogas hasta el año 2002, en el estudio del 2004 el consumo en el último año se ha mantenido estable, pero la intensidad del consumo de drogas ha disminuido. Sin embargo, si consideramos el consumo alguna vez en la vida desde el año 1994 al 2004 ha habido un aumento creciente y permanente de todas las drogas, alcohol y tabaco en la población general (1).

El uso de cualquier droga ilícita fue de 14,7% en 2002 y subió a 16% en 2004, siendo la droga ilícita de mayor consumo en nuestro país la marihuana, mostrando

además un aumento de la participación femenina en el consumo de ésta (1:3 mujer/hombre) (1).

La percepción de riesgo que tienen los jóvenes acerca de las drogas permanece estable en los últimos estudios, lo que lleva a preguntarse ¿cuáles son los mecanismos por los que se habría disminuido o estancado el consumo? Más aún, cuando la percepción de disponibilidad de la droga ha aumentado, faltan modelos que expliquen esta diferencia entre la oferta y la demanda.

En este mismo estudio se vio que la edad de inicio promedio de la marihuana se sitúa alrededor de los 17 años mientras, que para la pasta base es a los 19 años y para la cocaína a los 20 años.

El consumo de alcohol aumenta, de acuerdo a la prevalencia del último mes, alcanzando un a 56,8% en 2004. En líneas generales en el período 1994-2004 la declaración de consumo actual de alcohol ha aumentado en 18 puntos porcentuales (1).

Por su parte, el uso de cigarrillos en el último mes permanece estable en el decenio 1994 – 2004, con frecuencias cercanas al 40%. Dos de cada 10 personas que declaran haber fumado el último mes, fuman 10 ó más cigarrillos al día, esto es, alrededor de 730 mil personas entre 12 y 64 años de edad.

En relación con el consumo de psicofármacos sin receta médica, del mismo estudio de Conace se desprende la siguiente evolución del consumo, que en términos generales se mantiene estable del 2002 al 2004, ya que el "n" es tan pequeño que no es fácil de comparar una serie con la otra en forma estadís-

TABLA 1/ Prevalencias en el decenio 1994 - 2004

FRECUENCIAS DE CONSUMO DE DROGAS	1994	2004
TABACO		
Prevalencia vida	62,0	72,0
Prevalencia año	43,9	48,3
Prevalencia mes	38,9	42,5
ALCOHOL		
Prevalencia vida	75,5	86,0
Prevalencia año	59,4	74,9
Prevalencia mes	38,8	56,8
MARIHUANA		
Prevalencia vida	11,6	22,7
Prevalencia año	3,6	5,3
Prevalencia mes	1,6	2,6
PASTA BASE		
Prevalencia vida	1,8	2,8
Prevalencia año	0,8	0,6
Prevalencia mes	0,3	0,3
COCAÍNA		
Prevalencia vida	2,1	5,3
Prevalencia año	0,8	1,3
Prevalencia mes	0,2	0,4
COCAÍNA TOTAL		
Prevalencia vida	3,1	6,5
Prevalencia año	1,4	1,6
Prevalencia mes	0,5	0,7
CUALQUIER DROGA		
Prevalencia vida	12,1	23,4
Prevalencia año	4,0	5,7
Prevalencia mes	1,8	3,0

(Cocaína Total: Cocaína + Pasta Base de Cocaína)

TABLA 2/ Psicofármacos

Evolución 2002-2004 del consumo de psicofármacos sin receta médica, según prevalencia año, por sexo y total

PSICOFÁRMACOS	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	2002	2004	2002	2004	2002	2004
PARACETAMOL	0,06	0,18	0,07	0,08	0,07	0,13
CODEINA	0,20	0,11	0,31	0,06	0,25	0,09
METADONA	0,00	0,00	0,02	0,05	0,01	0,03
MORFINA	0,03	0,00	0,09	0,00	0,06	0,00
PETIDINA	0	0,11	0	0,19	0	0,15
TRAMAL	0,06	0,03	0,05	0,01	0,07	0,02
CLONAZEPAM	0,32	0,37	0,50	0,70	0,41	0,54
ALPRAZOLAM	1,00	1,01	1,92	2,12	1,47	1,58
LORAZEPAM	0,17	0,18	0,25	0,28	0,21	0,23
VALIUM	1,22	0,85	1,24	0,95	1,23	0,90
CLORODIAZEPÓXIDO	0,16	0,13	0,38	0,27	0,27	0,20
BROMAZEPAM	0,37	0,16	0,33	0,19	0,35	0,18
DORMONID	0,02	0,05	0,12	0,04	0,07	0,05
ZOPICLONA	0,02	0,01	0,13	0,02	0,07	0,02
ZOLPIDEM	0,09	0,04	0,03	0,01	0,06	0,03
FLUNITRAZEPAM	0,09	0,00	0,02	0,03	0,05	0,02
METANFETAMINAS*		0,09		0,07		0,08
ANFETAMINAS	0,68	0,43	0,21	0,16	0,44	0,29
METILFENIDATO	0,11	0,01	0,02	0,02	0,06	0,01
CYLERT	0,05	0	0,00	0	0,02	0
CIDRÍN	0,29	0,07	0,08	0,03	0,16	0,05
ESCANCIL	0,15	0,05	0,00	0,01	0,07	0,03
FENPROPOREX	0,01	0	0,00	0	0,01	0
ANFEPRAMONA	0	0	0	0	0	0

*No se consultó en 2002

ticamente significativa (1).

Una nueva droga de aparición reciente en Chile es el éxtasis o MDMA, que en un estudio de CONACE, se observó que 14.523 personas entre los 12 y 64 años de edad han usado éxtasis alguna vez en la vida, lo que significa una frecuencia de consumo de un 0,17%, la que en el 2000 correspondía a un 0,16%. Por su parte, el consumo reciente (últimos 12 meses) corresponde a un 0,10%, esto es cerca de ocho mil individuos. De ellos, la tasa más alta de consumo la tienen los hombres de nivel socioeconómico alto, de entre 26 a 34 años de edad (4).

Tal y como dan cuenta los informes de Organismos Internacionales, la situación tiende a ser más preocupante en el caso de la población joven. Según el Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile (CONACE, 2004), en 2003 un 3,6% de los estudiantes entre 8º básico y 4º medio declaró haber usado éxtasis alguna vez en la vida, lo que representa un aumento con relación a 2001, con una frecuencia de 1,8% en la misma población (4).

Los resultados de los estudios entre los jóvenes escolares chilenos no dejan de ser preocupantes, sobre todo si consideramos que las drogas del tipo estimulantes -como la cocaína, la pasta base y las anfetaminas- presentan un consumo importante entre ellos. El consumo reciente de marihuana -la droga ilícita de mayor consumo en Chile y en el mundo- marcó un importante descenso entre 2001 y 2003, el consumo de cocaína total (pasta base y clorhidrato de cocaína) y de anfetaminas usadas sin prescripción médica, se mantuvo estable, mientras que el éxtasis tendió a aumentar levemente de 1,1% a 1,3% (2).

En un estudio realizado en servicios de urgencia en la Región Metropolitana, en que se aplicó una encuesta a la vez que se tomó una muestra de orina para detección de drogas, se encontró que un 27,1% de los pacientes consultantes declaró haber consumido alguna sustancia en las ultimas seis horas, (20,9% alcohol, 6,2% tranquilizantes, 2,8% marihuana, 0,3% anfetaminas, un 0,1% opioides, un 1% cocaína, 1,1% pasta base y un 0,4% solventes). Del total de exámenes se encontró un 32,4% positivo para alguna sustancia, con 14,1% alcohol, 10,6% benzodiazepinas, 8,4% marihuana, 7,8% a cocaína y 3,2% anfetaminas (3).

La cifra de un 7% de cocaína en orina se ha repetido en varios estudios en diferentes regiones del país. Esta frecuencia de uso por pacientes consultantes a un servicio de urgencia pone de relieve la necesidad de contar con exámenes de detección de drogas de fácil aplicación, libre y expeditamente (sin trámites engorrosos) en servicios de urgencia, para el adecuado tratamiento de los pacientes, en particular en los de patología traumática (3).

Cuando se cruzaron las cifras de consumo declaradas por los pacientes con los resultados de exámenes de orina se observó una clara disparidad con un subreporte por parte de los pacientes consultantes. Por ello se concluyó que si bien el juicio clínico médico era bueno para detectar consumo de alcohol, para drogas de abuso éste no era tan exacto (3).

Así entonces, parece importante considerar algunas asociaciones de diversas variables y el consumo de sustancias que guíen al clínico a las acciones a desarrollar y con que tipo de paciente sospechar un problema de uso, abuso y/o dependencia de sustancias.

La consulta de pacientes consumidores de sustancias en un servicio de urgencia es de alta prevalencia; sin embargo, difícilmente consultan solicitando ayuda para recibir un tratamiento y rehabilitación de su dependencia. En general las consultas son por problemas y complicaciones derivadas del consumo y conductas asociadas, en lo particular por causas traumatológicas (heridas, agresiones, accidentes de transito, etc.); intoxicaciones y descompensaciones psiquiátricas (sobredosis, intentos de suicidio, crisis de angustia) o eventualmente por complicaciones de los síndromes de privación (alcohol, benzodiazepinas, etc.).

Esta situación nos obliga a manejar adecuadamente las emergencias antes citadas, pues la atención de urgencia puede resultar una buena puerta de entrada para iniciar el proceso de tratamiento y rehabilitación necesario en pacientes portadores de una dependencia. Por este motivo, la anamnesis de rutina de antecedentes de consumo de sustancias, debe ser la regla en toda atención de urgencia (6).

Las diversas drogas productoras de abuso y dependencia pueden ser utilizadas en dosis suficientes para producir una intoxicación con resultados de riesgo en no pocas situaciones. Por este motivo, la historia cuidadosa de consumo (incluyendo los datos aportados por familiares o amigos), debe ser la regla, considerando incluso que a veces se pudiera intentar minimizar el consumo del paciente para proteger su imagen. Es importante tener en cuenta los efectos aditivos de la mezcla de sustancias como alcohol y benzodiazepinas, opiáceos y benzodiazepinas o "compensatorios" como cocaína y alcohol (en que se disminuye los signos de intoxicación por alcohol, pero no se reduce el daño que éste provoca en todo el organismo).

La primera regla consiste en proveer los cuidados médicos (vía respiratoria, ventilación, signos vitales, ritmo cardiaco, nivel de conciencia) y de resucitación si corresponde.

Una segunda regla a considerar es el uso de exámenes de drogas en orina o sangre como medida inicial, para determinar y corroborar la historia del paciente. Para estos efectos la alcoholemia, (o muestra de alcohol espirado), el Toxilab^{R} (cromatografía de capa fina) o el panel de drogas resultan ser de gran utilidad por la amplitud de sustancias que cubren. Cabe destacar el hecho de que algunos pacientes se niegan a que se les tomen exámenes por el efecto que una muestra positiva a sustancias podría tener (medico legal, seguros de salud, isapres, etc.). En estos casos se debe suponer que el resultado del examen es positivo y se debe evaluar integralmente al paciente y/o protegerlo

de cualquier complicación posible. Sin perjuicio de lo anterior, en estos casos se debe indicar evaluación por psiquiatra en urgencia para determinar los procedimientos a seguir (como la eventual internacion en un servicio especializado) (6).
A continuación analizaremos para cada una de las sustancias, los problemas de privación y otras patologías de presentación en la atención de urgencia.

ALCOHOL

La intoxicación por alcohol es una de las condiciones más frecuentes de consulta en un servicio de urgencia y lo ha sido por más de 50 años. Lo más característico es la aparición de alteraciones de acuerdo con el nivel de alcohol en sangre, como se ilustra en la Tabla Nº 3.
Para tratar a estos pacientes, lo habitual es que sean aislados en una camilla en un lugar tranquilo, con poca estimulación y se le administre un suero glucosalino donde no puede faltar la adición de tiamina (mínimo 100mg.) (5).
En los casos en que el sujeto se muestra agitado y agresivo, deben considerarse las siguientes sugerencias (7):

- Avisar a seguridad del Hospital o Clínica.
- La entrevista debe ser tolerante y no amenazante o confrontadora.
- Aislar al paciente en una sala tranquila, cómoda y ofrecerle alimento (café o galleta), salvo que esté en intoxicación grave.
- Uso de una pequeña dosis de lorazepam 1 – 2 mg con o sin Haloperidol 1 mg oral si está agresivo.
- Contención y uso de Lorazepam 2 – 4mg y-o Haloperidol 5 mg, IM si el paciente está violento, eventualmente 5mg a 10mg de Olanzapina IM pueden ser de utilidad.

Individuos que han desarrollado dependencia del alcohol, cuando disminuyen significativamente el consumo (de una a media botella de licor, u otra en un 50%) o suspenden la ingesta de esta sustancia, presentan el síndrome de abstinencia o privación alcohólica. Este síndrome no es "todo o nada", puede ir desde una sensación de intranquilidad hasta un delirio agudo que puede poner en peligro la vida del paciente. Dada la alta frecuencia que alcanza el alcoholismo en Chile, las complicaciones de éste son motivo frecuente de consulta en servicios de urgencia; sin embargo, es importante considerar que hay otras drogas que son utilizadas inmoderadamente y que potencialmente pueden producir dependencia. Es de especial importancia por su frecuencia el caso de las benzodiazepinas, que además pueden producir dependencia cruzada con el alcohol y dificultar el diagnóstico por la potenciación que producen.
En el síndrome de abstinencia por alcohol encontraremos síntomas y signos variados que se relacionan en general con: hiperactividad autonómica (temblor, sudoración), alteraciones del sueño, gastrointestinales (náuseas, diarrea, vómitos), psíquicas (ansiedad), neurológicas (compromiso de conciencia) y psiquiátricas (alucinaciones, delirium).

MANEJO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL

Sintomatología

Comienza horas después de disminuir o suspender la ingesta alcohólica, la máxima intensidad del cuadro se produce a las 24-48 horas (90% de los casos); los síntomas habitualmente desaparecen entre los 7 y l0 días. La sintomatología varía enormemente en gravedad o intensidad, los síntomas y signos presentes pueden ser escasos o múltiples.
Los síntomas más frecuentemente encontrados son: temblor de manos y/o lengua, náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia, aumento de la presión arterial, hipotensión ortostática, irritabilidad, ansiedad, depresión, insomnio y pesadillas.

Evaluación del paciente con sospecha de síndrome de abstinencia por alcohol

- *Historia clínica*. Obtener información del paciente y de informante confiable, hálito alcohólico. Tipo de bebedor; inveterado, intermitente. Día típico de ingesta; tipo y cantidad de alcohol bebido en un

TABLA 3/ Manifestaciones clínicas del alcohol

MANIFESTACIÓN CLÍNICA (Intox.)	NIVEL SANGUÍNEO (%	mg/ml)	CARACTERÍSTICAS
Leve	0,05 - 0,15	0,5 - 1,5	Leve alteración visual, reacciones lentas, incoordinación muscular leve, cambio de ánimo, euforia.
Moderada	0,15 - 0,3	1,5 - 3,0	Alt. visuales importantes, lenguaje arrastrado, incoordinación muscular grave, ataxia, vómitos
Grave	0,3 - 0,5	3,0 - 5,0	Visión borrosa, diplopatía, hipertensión arterial, hipoglicemia, rigidez de extremidades, signo de Babinsky +, crisis convulsiva.
Coma	> 0,5	> 5,0	Inconciencia, depresión respiratoria, reducción reflejos y sensibilidad.
Muerte			

Síndrome de privación por alcohol	
Leve	Aparece a las 24 horas con ansiedad leve (expectación ansiosa), leve temblor, sed, irritabilidad, insomnio, etc.
Moderado	Aumenta la intensidad de los síntomas anteriores y se agregan nauseas, vómitos, diarrea, junto con sudoración importante.
Grave	Aparece agitación psicomotora, gran ansiedad y miedo, sudoración profusa (manos, frente) temblor esencial grueso, crisis convulsivas, alucinaciones visuales de insectos o animales y cenestésicas, *delirium.*

día. Tiempo y gravedad de última ingesta alcohólica. Existencia o no de síntomas sugerentes de síndrome de abstinencia. Tratamientos o intentos de abandonar el hábito alcohólico previo (5).

• *Antecedentes mórbidos*. Generalmente dirigidos a complicaciones somáticas asociadas con el abuso de alcohol.

• *Antecedentes psiquiátricos*. Depresión, intentos suicidas, psicosis.

Tratamiento

El tratamiento de los síntomas de privación contempla considerar todos los aspectos clínicos que hemos planteado anteriormente y además considerar la evaluación de los siguientes puntos (7):

• Grado de intoxicación del paciente.

• Antecedentes de haber experimentado síntomas de privación graves (convulsiones o alucinaciones).

• Comorbilidad médica asociada que debe tratarse.

• Presencia de psicopatología de riesgo o trastornos conductuales importantes.

• Posibilidad del paciente de responder a indicaciones y colaboración de terceros (red de apoyo, nivel de comprensión).

• Disponibilidad de sustancias y características del ambiente.

• Fracasos reiterados de tratamientos ambulatorios.

De acuerdo con estos criterios, podremos decidir la necesidad o propiedad de tratar al paciente en forma:

• ambulatoria sin asistencia

• con apoyo familiar (asistir el uso de fármacos),

• en hospitalización domiciliaria,

• hospitalización en clínica psiquiátrica o eventualmente,

• hospitalización médica con asistencia de enlace psiquiátrico (Servicio de Intervención en Crisis).

El uso de escalas podrá ayudar al clínico, al paciente y al personal de enfermería a evaluar los síntomas y las estrategias a seguir, pero nunca debe reemplazar completamente la evaluación medico clínica de recepción y periódica durante el proceso de desintoxicación.

MANEJO NO FARMACOLÓGICO (8)

La mayoría de los síndromes de privación no requieren manejos con medicamentos, pues los pacientes se los tratan incluso sin saber que son síntomas de privación. Es importante considerar condiciones ambientales que permitan disminuir la estimulación pero lo suficientemente habituales que facilite la orientación del paciente. El apoyo y acogida del paciente son fundamentales para ayudar a tolerar y manejar síntomas leves de ansiedad, eliminando el café y otros estimulantes que pueden alterar el sueño.

Medidas Generales

Los pacientes que consultan solicitando ayuda deben ser evaluados para determinar la gravedad de los síntomas de privación, determinar la ausencia de un cuadro neurológico intercurrente (TEC, hematoma subdural, ambos de alta frecuencia en alcohólicos) y de acuerdo con ello prescribir la medicación necesaria. No es buena práctica médica prescribir fármacos en "dosis típicas" mientras que el paciente aún está intoxicado por el alcohol, siendo fundamental además evaluar la posible presencia de otras sustancias que pudieran ocultar parcialmente los síntomas de privación (relajantes musculares, benzodiazepinas, drogas, etc.).

Puede ser de utilidad usar instrumentos como el CIWA-A (8) para medir la gravedad de los síntomas y así regular la administración de fármacos.

Siempre debemos considerar una evolutividad de los síntomas y como tal reevaluar al paciente en la medida de lo posible, o ante el empeoramiento del cuadro.

Hidratación: Pilar fundamental del tratamiento, es la rehidratación, que debe ser abundante tanto por vía oral (más de dos litros extra por día) o parenteral en caso de la existencia de vómitos o diarrea. En este último caso se sugiere solución glucosalina al 5% con vitaminas y minerales. La vía venosa y aérea permeable es fundamental en los casos de síntomas moderados o graves para un adecuado tratamiento del cuadro.

Vitaminas: En el caso del tratamiento ambulatorio, se recomienda indicar complejos vitamínicos que contengan más de 90 mg. de tiamina IM/diario, por tres a cinco días y luego oral por dos semanas a un mes. También agregar ácido fólico 1mg al día y magnesio oral más multivitaminas. En caso de ser tratamiento endovenoso, agregar al suero anterior 4g de sulfato de magnesio más 100 mg. de tiamina a pasar en las primeras dos o tres horas.

Hospitalizar: La internación debe consi-

derarse en los siguientes casos:

- fracasos reiterados de desintoxicaciones ambulatorias
- síndrome de privación grave (convulsiones, delirium, etc.)
- hay complicaciones medicas graves (debe ser en servicio intermedio médico o eventual UCI)
- existencia de comorbilidad psiquiátrica (depresiva, psicótica, riesgo suicida)
- si el paciente no tiene red de apoyo.

MANEJO FARMACOLÓGICO (8)

Benzodiazepinas (para síndrome leve - moderado)

Existen aproximadamente 100 regimenes de mezclas de medicamentos, que se han utilizado para el tratamiento de la privación, pero en nuestro medio son las benzodiazepinas los fármacos que ofrecen la mejor alternativa terapéutica. Describiremos dos modalidades posibles de utilizar:

- **Carga lenta:** Se indica el uso de 5 a 10mg de Diazepam, Clonazepam 0,5 a 1mg oral o 1 a 2 mg de Lorazepam (de preferencia si hay daño hepático) en dosis cada 2, 4, 6 a 12 horas hasta calmar todos los síntomas de privación del paciente. En la práctica se usa una dosis media de 20 a 60mg de Diazepam al día, ó 2 a 6 mg de Clonazepam ó de 4 a 12 mg de Lorazepam al día. Esta dosis se va disminuyendo en un 50% cada 48 horas, o dependiendo de los síntomas del paciente. Las dosis nocturnas son las últimas que se suspenden para mantener un sueño adecuado. Recordar en el manejo ambulatorio la necesidad de que el paciente permanezca en reposo y advertir acerca de la prohibición de conducir automóviles u operar maquinaria (8).
- **Carga rápida**: Este régimen es utilizado en otros países, o también se emplea como forma de cargar al paciente con medicamentos cuando vive a distancia y está bajo cuidado médico. Se indica una dosis de 10 a 20 mg Diazepam cada 1 - 2 horas, hasta mejorar el cuadro completamente. La mayoría requiere entre 60 - 120 mg. de Diazepam o eventualmente 100 a 150 mg de Clorodiazepoxido. Los días siguientes, no se indican nuevas dosis pues se aprovechan las propiedades farmacodinámicas de estas benzodiazepinas por la larga vida media. De ser posible, siempre se debe monitorizar al paciente y su evolución en las primeras 48 a 72 horas.

Tratamiento del Delirium Tremens

Es una emergencia médico psiquiátrica con riesgo de mortalidad, por lo que estos pacientes siempre deben hospitalizarse, de preferencia en una Unidad de Cuidado Intensivo o Intermedio, con apoyo y asistencia de enlace psiquiátrico. En estos casos se recomienda el uso de lorazepam, por la facilidad de emplearlo en dosis orales, intramusculares, endovenosas o sublinguales. Las benzodiazepinas en forma aislada o exclusiva no son el tratamiento adecuado del Delirium Tremens, por lo que debe agregarse un neuroléptico como Haloperidol 0.5 - 1 mg y repetir cada 6 a 8 horas hasta controlar los síntomas de agitación. El paciente debe estar acompañado por personal auxiliar especializado con experiencia en adicciones durante la hospitalización aguda del delirium. A pesar de los cuidados médicos, este cuadro puede tener una mortalidad que va desde un 5 a un 10% (8).

Convulsiones

En las convulsiones por abstinencia de alcohol las crisis en la mayoría de los casos son tipo gran mal cuando éstas se presentan. 1/3 de los pacientes tendrá sólo una crisis, y en 2/3 habrá más de una crisis en un corto período de tiempo. En el 2% se produce Status epiléptico (8). Frecuentemente las crisis convulsivas preceden en el tiempo al delirium tremens.

Diagnóstico diferencial

Debe hacerse con otros cuadros capaces de producir crisis convulsivas, recordando que el alcoholismo se asocia frecuentemente a infecciones, hemorragias subdurales o desórdenes metabólicos. En el caso de convulsiones debe hacerse una evaluación neurológica exhaustiva, especialmente cuando éstas se producen después de 24 horas de abstinencia, se extienden por período prolongado o cuando hay crisis focales o status epiléptico. Se pueden producir convulsiones de tipo tónico-clónicas en las primeras 24 horas o más de iniciada la privación. Debe considerarse esto como un cuadro grave y tratarse como tal. El tratamiento de la crisis debe hacerse con Diazepam en 5 - 10 mg o lorazepam 2-4 mg endovenosos. En el caso de status epiléptico, debe instalarse tratamiento continuo con Diazepam endovenoso. Para la prevención de convulsiones, aunque es discutible, se recomienda el uso de Carbamazepina 600 - 800 mg al día en dos o tres dosis, o en el caso, de paciente epiléptico, reiniciar o mantener el tratamiento con fenitoína 300 mg al día. Tratar hipomagnesemia en caso de objetivarse.

COCAÍNA, ANFETAMINAS Y ESTIMULANTES

El incremento en la prevalencia del consumo de sustancias estimulantes a expensas de la cocaína y pasta base en los últimos años obliga a considerar algunos aspectos de su uso y sus complicaciones en este artículo. El uso de altas dosis de estimulantes puede provocar conductas de inquietud, irritabilidad, rinorrea, labilidad emocional y paranoia (los pacientes lo describen como "perseguirse"), que en algunos casos puede llegar a una psicosis paranoide de gravedad similar a una manía o esquizofrenia paranoide, con conductas violentas. También de cuidado puede ser la presentación con una hipertermia o convulsiones tónico clónicas. Debe considerarse además el riesgo cardiovascular que estas sustancias pueden aportar al individuo (10).

Tratamiento del síndrome de privación

La mayoría de los pacientes no con-

sultan por privación de cocaína o estimulantes al médico, pero en varios casos llegan a un servicio médico o de urgencia por las complicaciones médicas o la agitación psicomotora. Las medidas de apoyo son las primeras a establecer con un paciente en particular para tranquilizarlo y poder evaluar la existencia o no de otros cuadros. Los pacientes que experimentan síntomas de privación manifiestan síntomas depresivos, ansiedad, anhedonia, y presentan alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia), aumento del apetito, enlentecimiento psicomotor, que desciende (todos o sólo el enlentecimiento) en varias semanas. Si bien se han empleado diversos medicamentos con acción agonista dopaminérgica para tratar los síntomas de privación, como la amantadina en dosis de 200-400 mg, generalmente ésta no es una consulta ni indicación frecuente.

Otra situación es la que se produce en el paciente que una vez ingresado al hospital por alguna causal médica presenta síntomas de privación. Para tales efectos, el uso de benzodiazepinas (lorazepam de 4 a 8 mg IM.), neurolépticos (Haloperidol 1 a 5 mg) o incluso anticonvulsivantes (Carbamazepina 200 a 600 mgrs) permitirá controlar sintomatología de preferencia ansiosa o de agitación psicomotriz. Cabe recordar la necesidad de derivación del paciente a un servicio de adicciones o psiquiatría para lograr una evaluación y seguimiento de los problemas antes mencionados (10).

En el caso que el paciente se presente con una psicosis cocaínica: (con agitación psicomotriz, fenómenos alucinatorios y delirio paranoide); la primera aproximación debe ser no farmacológica, aislando al paciente en una sala con baja estimulación asegurándole que los efectos pasarán una vez que la sustancia desaparezca del organismo. Se debe evitar los movimientos bruscos o no explicados, para evitar que el paciente tenga respuestas violentas. Luego, el uso de benzodiazepinas orales o parenterales podrá ser la primera alternativa para calmar la ansiedad (Lorazepam 2 – 4 mg oral o Diazepam 10 mg). La vía parenteral se puede indicar si el paciente requiere ser calmado más rápidamente (Lorazepam 4 - 8mg IM).

Debe tomarse la precaución que en algunos pacientes las benzodiazepinas pueden incrementar la impulsividad agresiva.

En la intoxicación por cocaína se trata de evitar el uso de neurolépticos clásicos (tipo clorpromazina), pues pueden empeorar los efectos simpaticomiméticos y cardiovasculares de la cocaína, aumentando los riesgo de hipertermia y muerte súbita. Sin embargo, si se precisa controlar una agitación importante, el Haloperidol es el fármaco recomendado en dosis de 5 mg a 10 mg IM en conjunto con las benzodiazepinas.

En lo personal, he encontrado de utilidad el uso de anticonvulsivantes para manejar la intoxicación junto con otros fármacos, en virtud de la somnolencia que producen y la protección de las convulsiones que agregan (6). Así, puede ser de utilidad el uso de Carbamazepina 400 –800 mgrs día o Ácido Valproico 500 – 1500 (previo descartar sospecha patología hepática alcohólica). Hoy contamos en la farmacopea de nuevos antipsicóticos atípicos como la Olanzapina inyectable que en esos casos en conjunto con las benzodiazepinas a una dosis de 10 mg IM inyectable (con posibilidad de repetirlo en caso necesario), sería de utilidad.

En los casos de agitación psicomotora asociada en que los pacientes presentan conductas violentas, el uso de Zuclopenthixol acutard 50 mg, estaría indicado ya que calma potentemente al paciente evitando así que se dañe o lesione a otras personas incluyendo al personal que lo cuide.

ÉXTASIS

Una droga de moda

El éxtasis aumenta su popularidad entre los jóvenes. Pese a que ya se usaba en Estados Unidos en la década de los setenta, es en los noventa cuando se empieza a masificar y expandir a otras naciones. En los últimos años, en Chile el uso de éxtasis comienza a ser muy común en los recitales de música electrónica y las fiestas tipo RAVE. Éstas se caracterizan por durar casi toda la noche y con predominio de la música tecno (4).

Los efectos del éxtasis

Al ser el éxtasis una droga compuesta por estimulantes muy potentes (Metilen Detoxi-MetAnfetamina) que alteran el Sistema Nervioso Central y pueden llegar a producir alucinaciones, se pueden presentar perfiles comunes entre los consumidores. Una pastilla -que contiene entre 10 a 200 mg. de Metanfetamina- produce efectos estimulantes, con un aumento rápido y creciente de la temperatura corporal, lo que puede llegar a causar la rápida deshidratación de quien la consume. Esa es la razón por la que el agua se convierte en un líquido "vital" entre los usuarios de éxtasis (11).

Además, se acentúa la percepción de los sentidos visuales, auditivos y táctiles, por lo que la existencia de muchas luces de colores y de la música tecno está íntimamente relacionada con poder disfrutar de los efectos que provoca la droga.

Debido a que el MDMA es un estimulante muy potente, puede producirse bruxismo o cierre de las mandíbulas y rechinar de dientes entre los consumidores, además de una gran tensión muscular en todo el cuerpo, por lo que algunos lugares donde se vende y/o consume éxtasis cuentan con espacios para masajes corporales (4).

El día después

Al día siguiente de la ingesta, la reducción de serotonina en el cerebro provocada por el MDMA, puede producir una notoria somnolencia, dolor muscular, angustia, paranoia y aislamiento. Dependiendo de la cantidad de pastillas ingeridas, -que pueden llegar hasta tres o cuatro por noche- a largo plazo

pueden ocurrir daños irreversibles en las células cerebrales.

MARIHUANA Y ALUCINÓGENOS

Dentro de este acápite comprenderemos la descripción de los problemas en intoxicaciones por marihuana (THC (tetrahidro-canabinol)), por ser la droga ilícita más consumida en Chile desde que hay registros; el LSD (acido lisérgico) ya que si bien no es tan frecuente, los síntomas que produce pueden hacer consultar en urgencia, y finalmente el MDMA (metilenedioximetanfetamina) o éxtasis, por ser la droga de diseño de reciente aparición y más rápida diseminación en los últimos, años con variados problemas tanto médicos como psiquiátricos.
El efecto de la intoxicación por THC es pasajero y nunca letal, con síntomas como despersonalización (la pieza o partes de su cuerpo se agrandan o disminuyen de tamaño), cambia el sentido del tiempo, reacciones de ansiedad, de pánico ("pálidas" entre consumidores) y delirium. En general, las personas con historia o predisposición al pánico presentan más de estas reacciones y con mayor frecuencia. Son raras las reacciones psicóticas secundarias a la marihuana en nuestro medio debido a la baja cantidad de THC; sin embargo, en los últimos años la aparición de marihuana híbrida seleccionada genéticamente, pero sobre todo las prensadas con neoprén (la marihuana paraguaya) pueden inducir síntomas psicóticos en altas dosis (10).
Al avanzar la intoxicación se producen reacciones de pánico en que se puede requerir intervención médica. El *delirium* es posible como resultado de una gran dosis, produciendo despersonalización y desrealización, con alucinaciones (visuales y auditivas) y paranoia. Estos efectos pueden producirse luego de una ingestión oral (galletas con THC, o accidental en niños), en que los efectos no se advierten inmediatamente, sino hasta que se produce una dosis acumulativa mayor.

Síntomas de privación por marihuana
Muy discutidos por muchos años (en particular por los consumidores), se ha demostrado claramente la existencia de síntomas de privación por la suspensión del uso de marihuana (11). Su intensidad es leve, pero se presentan con irritabilidad, inquietud, anorexia, insomnio, sudoración, náuseas, diarrea, mioclonías y síntomas parecidos a la gripe (dolores musculares, etc.). Otros síntomas fisiológicos son pequeñas elevaciones en el pulso, presión arterial y temperatura corporal. Los síntomas generalmente aparecen varios días después y hasta una o dos semanas después. En general, sólo en un bajo porcentaje de grandes consumidores (de varios "pitos" diarios) se encuentran estos síntomas, pero a veces pueden aparecer tardíamente dado que la marihuana se demora desde días hasta seis semanas en desaparecer del cuerpo (11).
Los síntomas diferenciales entre los diferentes alucinógenos pueden ser de utilidad para el diagnóstico clínico en urgencia. En la siguiente tabla se resumen algunas características de estas sustancias y sus efectos conductuales.
Para el tratamiento de estos síntomas en la urgencia es poco lo que se puede ofrecer salvo reasegurar al paciente, colocarlo en un box con poca estimulación, entregar información y orientación al familiar o acompañante, y en caso de síntomas de angustia importante una benzodiazepina como lorazepam sublingual en dosis de 1mg a 2 mg puede ser suficiente. Si el paciente se queja de insomnio mantenido, se recomienda evitar prescribir benzodiazepinas ambulatoriamente, pues estos pacientes presentan mucho mayor riesgo de dependencia, por lo que el uso de un antidepresivo con efecto sedativo como el trazodone 25 a 50 mg, puede resultar útil.

BENZODIAZEPINAS

El uso y prescripción inapropiada de las benzodiazepinas se ha arraigado como hábito "riesgoso" en el cuerpo médico y en la población. Un estudio en la Región Metropolitana mostró que, en una muestra representativa de la población, el 22% de los hombres y el 38% de las mujeres han usado estos fármacos durante el último año. El 10,7% de la muestra era "usuarios persistentes" (correspondiente a categoría de abuso DSM IV) y un 4,1% pertenecía a la categoría de dependiente (9, 11).

EFECTOS PSICOCONDUCTUALES DE DROGAS

	LSD	THC	MDMA
Aspecto de "volado"	XX	X	X
Desorientado temporoespacial	XX	NO	NO
Alteración memoria inmediata y reciente	X	XX	X
Afecto inapropiado y exaltado	XXX	X	XX
Animo alterado: depresivo	XX	X	X
Animo alterado: eufórico	XXX	XX	XXX
Confundido desorganizado	XX	XX	X
Alucinaciones	XXX	X	X
Delirios	X/XXX	XXX	?
Conducta bizarra	XXX	X	?
Suicida o riesgo para si mismo	XX	XX	?
Homicida o riesgo para otros	XX	X	X
Poco juicio	X/XXX	XXX	XX

extraído de (11)

Los resultados indicaron que el porcentaje de mujeres en la categoría de dependientes era más del doble que el de los hombres. La edad también fue un factor significativo, siendo los adultos mayores y ancianos los más consumidores.

El estudio también mostró que suelen ser los médicos los que inician la prescripción de benzodiazepinas y luego el paciente continúa con un patrón de uso y automedicación, sin el seguimiento apropiado por profesionales de la salud. En el 55,2% de los casos, la prescripción fue realizada por el médico general. La benzodiazepina más usada (42,7%) fue el diazepam (12). También se deriva de este estudio que las mujeres no sólo consumen en mayor proporción, sino que lo hacen en las categorías más perjudiciales. La proporción de mujeres dependientes era de un 15,7%, (más del doble que la observada en los hombres, que fue de un 7,5%).

En nuestro país existe adecuada información sobre los efectos benéficos de los psicofármacos. Sin embargo, son escasos los estudios sobre las consecuencias adversas de su consumo y los producidos por su uso abusivo.

Las benzodiazepinas han sido utilizadas por mucho tiempo como el mejor tratamiento sintomático de la angustia o ansiedad (14). La inadecuada prescripción o automedicación, junto con la capacidad de producir efectos adversos, entre los que se ubica la dependencia, le da importancia por la elevada cantidad de personas que en muchos países, incluyendo el nuestro, consumen estos fármacos.

Su vasta distribución y amplio uso motivó, en el año 1995, la incorporación de la receta retenida, para intentar disminuir su abuso. Sin embargo, sigue estando ampliamente presente en intoxicaciones, y en el abuso y dependencia por parte de pacientes.

La intoxicación clásicamente se ha asociado con intentos de suicidio, o también con ingestiones accidentales. En el caso que los pacientes tengan una pérdida de conciencia y se desee hacer un diagnóstico diferencial, el uso de Flumazenil como antagonista permite disipar en pocos minutos el cuadro para así poder evaluar correctamente lo sucedido. El uso de 1 – 10 mg endovenoso puede ser suficiente, pero su duración es corta por lo que debe considerarse el uso de regímenes más prolongados (13).

Puede también constituir consulta de urgencia, la privación de benzodiazepinas por la variabilidad de los síntomas y a veces como un hallazgo en pacientes añosos usuarios de larga data de dichos fármacos. En general el tratamiento de la privación no complicada es sencillo, y contempla el uso e indicación de benzodiazepinas de vida media larga en dosis equivalentes a las utilizadas por el paciente, o en su defecto la misma benzodiazepina. Se recomienda siempre dar dosis por un número de días determinado (dos semanas o más), considerando la facilidad o dificultad del paciente de poder acceder a una atención de especialidad psiquiátrica. Se debe conversar con familiares o acompañantes y lograr que momentáneamente ellos se hagan cargo de la administración de los fármacos al paciente y de apoyar la derivación y asistencia a un especialista.

Se sugiere derivar a psiquiatra en aquellos casos de dependencia de benzodiazepinas, en los que falla la desintoxicación indicada, que presenten comorbilidad psiquiátrica (depresión, trastorno de ansiedad, pánico, trastorno de personalidad, etc.), que usen otras drogas ilícitas y/o alcohol, o que hayan presentado convulsiones o delirium (13).

SÍNDROME DE PRIVACIÓN DE BENZODIAZEPINAS

SÍNTOMAS GENERALES
- Ansiedad, aprensión
- Inquietud, intranquilidad
- Letargia, fatiga, falta de energía
- Náuseas, alteraciones gastrointestinales
- Somnolencia, hipersomnia
- Anorexia
- Sudoración
- Temblor
- Tinitus
- Mareos, vértigo
- Insomnio

SÍNTOMAS DE PERCEPCIÓN SENSORIAL AUMENTADA
- Hiperacusia, baja tolerancia a los ruidos
- Fotofobia
- Hipiersensibilidad al tacto y dolor
- Parestesias
- Mialgias (síntomas similares a la gripe)
- Espasmos musculares y/o calambres
- Inestabilidad, coordinación alterada, torpeza motora

SÍNTOMAS DE DISTORSIONES PERCEPTUALES
- Despersonalización
- Confusión
- Dificultad para concentrarse

EN SUSPENSIÓN BRUSCA PUEDEN PRODUCIRSE: (aunque poco frecuentes)
- Convulsiones
- Delirium
- Episodios psicóticos

OPIÁCEOS

De rara aparición en Chile por la baja tasa de consumo existente de estas drogas. Esta situación podría revertirse en los próximos años dado el aumento en los últimos años de decomisos de heroína en nuestro país.

Todos los opiáceos producen un síndrome de privación similar, pero su intensidad depende del tipo de droga, tiempo de uso y cantidad diaria entre otros factores. Los síntomas de una privación aguda de opiáceos pueden emerger desde horas de dejar de consumir opiáceos de corta duración como la heroína, llegar a un máximo a las 36 a 72 horas, para finalmente desaparecer en un período de 7 a 10 días o incluso semanas en el caso de opiáceos de larga duración. A pesar de ser un síndrome desagradable, generalmente no pone en riesgo la vida del sujeto (6).

Los síntomas pueden ser de tipo gastrointestinal (diarreas y vómitos profusos), inquietud psicomotriz y dolores músculo esqueléticos, ansiedad, disforia, deseos por consumir la droga, y manifestaciones

de hiperactividad simpática (piloerección, rinorrea, taquicardia). Si la privación es de carácter leve, los síntomas serán similares a los de un cuadro gripal.

Manejo general

En el manejo de la privación de opiáceos la meta es minimizar las molestias, evitar los efectos adversos de los medicamentos, y facilitar que el paciente ingrese a un tratamiento posterior. Para estos efectos se aplican las mismas precauciones y evaluaciones analizadas para la privación de alcohol, recordando además los riesgos que puede ser el uso endovenoso de drogas como. (Hepatitis, sepsis, HIV, etc.).

Para el manejo de los síntomas de privación se pueden utilizar tanto agonistas opiáceos como otras medicaciones. Dada la baja frecuencia y el uso de opiáceos de baja potencia en Chile, junto con el hecho que no hay metadona oral fácilmente disponible, sólo analizaremos el uso de otros fármacos para tratar los síntomas que pueden ser leves o moderados e incluso, no requerir tratamiento.

La Clonidina, un inhibidor alfa adrenérgico ha demostrado utilidad para reducir los síntomas de privación de opiáceos al disminuir la tormenta adrenérgica simpática que se produce en estos casos. Se requieren dosis algo mayores que las empleadas para el tratamiento de la hipertensión arterial, lo que puede generar somnolencia y ortostatismo. Se recomienda Clonidina 0,1-0,2 mg oral cuatro veces al día; (si la presión sistólica es menor de 90 mm/Hg, detener, o bien en caso de bradicardia) (6). Luego de estabilizar por dos a tres días, eliminar paulatinamente en cinco a diez días.

En el caso de tratar sólo sintomáticamente al paciente, el uso de analgésicos, ansiolíticos y antiespasmódicos pueden ser suficiente para manejar los síntomas de privación.

No es infrecuente que entre estos pacientes consumidores de opiáceos algunos se presenten en estado de sopor o coma por sobredosis, lo cual pone un elemento diagnóstico de mayor dificultad por la necesidad de diferenciarlo de una serie de otros casos de compromiso grave de conciencia. El uso del antagonista naloxona endovenosa revierte en pocos minutos los síntomas, pero precipita un cuadro de privación aguda que puede requerir intervención inmediata con contención y eventual uso de fármacos. Debe tomarse en cuenta que la vida media del antagonista es menor por lo que se deben evitar fármacos y dosis que puedan potenciar los efectos de los opiáceos que luego del antagonismo transitorio volverán a producir efectos en el paciente. Nuevamente, aquí se hace necesario una intervención psiquiátrica especializada por un equipo de "adictólogos" con experiencia en opiáceos, con hospitalización y tratamiento especializado.

BIBLIOGRAFÍA

1> CONACE. Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población General (2004).

2> CONACE. Quinto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (2004).

3> Conace. Estudio de Consumo de Drogas en Consultantes de los Servicios de Urgencia Informe Final 2001.

4> CONACE. "La Cultura del Éxtasis y la Escena Electrónica en Santiago de Chile. Estudio Exploratorio sobre Consumo de Éxtasis". 2003.

5> Edwards G. The treatment of drinking problems. A guide for the helping professions. Grant Mc Intyre Medical and Scientific, 2nd Ed 1995.

6> Seijas D., Emergencias en adicciones, En Cubillos L, Espinosa R. Manual de Urgencias Medicas 3a Ed., Editorial Mediterráneo. año 2002.

7> Mayo- Smith M. Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal: A Metanalysis and Evidence-Based Practice Guideline. American Society of Addiction Medicine, JAMA 1997; 278(2).

8> Ministerio de Salud. "Normas Técnicas y Programáticas en Beber Problema: Consumo perjudicial y dependencia alcohólica". Publicación de Salud Mental N° 2, Unidad de Salud Mental.1993.

9> American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. Washington DC: 1994.

10> Seijas D. Trastornos por dependencia de sustancias psicoactivas, En Heerlein A. Psiquiatría Clínica, Editor Sociedad de Psiquiatría, Chile 2000.

11> Wilkins J., Conner B., Gorelick D., Management of Stimulant, hallucinogen, marijuana and Phencyclidine Intoxication and Withdrawal, En Principles of Addiction Medicine, Second edition pags 465-482, American Society of Addition Medicine 2000.

12> Busto M., Inés Ruiz y cols. "Benzodiazepinas, La tranquila Adicción de Santiago" C.O.R.S.A.P.S. Santiago 1990. Chile.

13> Seijas D., Busto U., Altamirano P. Manual de tratamiento de la Dependencia de Benzodiazepinas. Seminario AIEPAD 1993.

14> Ministerio de Salud. "Normas Técnicas de Prescripción Racional de Benzodiazepinas". Seijas D. Ed. Publicación de Salud Mental N° 4, Unidad de Salud Mental. 1994.

15> Benzodiazepine Toxicity, En "Benzodiazepine Dependence, Toxicity and Abuse; A task Report for the American Psychiatric Association, A.P.A. Washington D.C. 1990.

16> Lader, M, Benzodiazepine Dependence, Current Opinion in Psychiatry 1988, 1:346-9.