

# ¿Consume su paciente “sales de baño”?

Mark M. McGraw, BSN, RN, CCRN, CEN, CTRN

ESTE TIPO DE “SALES” no tiene nada que ver con las que se utilizan para el baño, sino que se trata de una nueva droga de diseño con un nombre inofensivo. Este nuevo estimulante sintético, que hace poco se comercializaba como una novedad legal en las tiendas especializadas en este tipo de productos –es decir, en drogas de parafernalia y productos legales que producen lo que coloquialmente se conoce como un “subidón”– y en internet, ha de etiquetarse como “sales de baño”, “alimento de plantas” o “repelente de insectos”<sup>1</sup>, productos todos ellos que incluyen la advertencia de que no son aptos para el consumo humano<sup>2</sup>. No obstante, a diferencia de lo que indica su etiqueta, esta alternativa tan fácil al éxtasis, la cocaína y la anfetaminas está especialmente pensada para el consumo humano. (Véase el cuadro anexo *Definición de “sales de baño”*.) Las distintas muestras de estas sales varían considerablemente en tamaño dependiendo de las distintas regiones donde se producen, así como de sus productores<sup>3</sup>.

En octubre de 2011, la Drug Enforcement Administration ilegalizó (excepto en los casos permitidos por ley) la posesión y venta de productos que integraran este tipo de sustancias químicas al menos durante un año, cuando existen estudios posteriores que avalan que deberían estar permanentemente prohibidos<sup>4</sup>. Las “sales de baño” tienen, en la U.S. Drug Enforcement Administration Schedule I, la misma consideración que la MDMA (3,4-metilendioxi metanfetamina), que es el ingrediente activo del éxtasis; la psilocibina (4-phosphoryloxy-N, N-dimetil triptamina), que se obtiene de determinados tipos de hongos; el LSD (D-dietilamida del ácido lisérgico), y la mescalina (el ingrediente activo en el peyote)<sup>5</sup>. El hecho de constar en el Schedule I significa que es un producto químico con un alto índice de adicción y que no está aprobado para uso médico<sup>6</sup>.

**Objetivo general.** Proporcionar al profesional de enfermería una información global sobre las “sales de baño”.

**Objetivos de aprendizaje.** Tras la lectura de este artículo, usted será capaz de:

1. Explicar la farmacología de las “sales de baño”.
2. Descubrir los signos y síntomas de la toxicidad por “sales de baño”.
3. Analizar las intervenciones de enfermería en los pacientes con toxicidad por “sales de baño”.



Este artículo explica los peligrosos efectos de las “sales de baño”, y cómo debe intervenir usted en los pacientes que las han consumido. En primer lugar siempre debe tener en cuenta que un comportamiento extremo puede indicar el consumo de esta droga.

### Comprender los hechos

Los informes muestran que las personas que consumen sales son un grave peligro para ellas mismas y para los demás. (Véase el cuadro anexo *Casos alarmantes aparecidos en los medios.*) Este tipo de consumidores arremeten contra otros o contra sí mismos sin que medie ningún tipo de provocación. Es importante poner énfasis en la necesidad de una legislación al respecto, la educación pública y mantener a los profesionales sanitarios bien informados.

La popularidad de las sales de baño se disparó en algunos colectivos en Europa. Un estudio indicó que en 2010, de 2.000 miembros de determinados círculos, el 40% había tomado algún tipo de “sal de baño”, y más del 30% lo había consumido el mes pasado<sup>7</sup>. Debido a la inestabilidad del mercado de éxtasis y dado que el MDMA no está disponible, el consumo de sales de baño con catióna mefedrona sintética ha aumentado, a la vez que el consumo de éxtasis ha disminuido<sup>8,9</sup>.

Las “sales de baño” están más a mano, ya que son un producto nuevo que aún no se han prohibido legalmente. En diciembre de 2009 las “sales de baño”



### Las “sales de baño”, encuadradas en el Schedule I, tienen un alto índice de adicción y no están aprobadas para el uso médico.

se ofrecían en unos 30 sitios de internet de habla inglesa; en marzo de 2010 lo hacían 70 sitios, y cada semana se creaban nuevos puntos de venta online<sup>10</sup>.

Se trata de productos nuevos emergentes, por lo que no existe mucha información y evidencia científica disponible al respecto. En 2009, en Estados Unidos, y según la American

Association of Poison Control Centers, este tipo de centros no recibieron ninguna llamada que tuviera su origen en la ingesta de “sales de baño”. En 2010 recibieron un total de 303 llamadas, y en julio de 2011 recibieron la escalofriante cifra de 4.100 llamadas relacionadas con el consumo de “sales”<sup>11</sup>.

Cada vez es más fácil encontrar este tipo de “sales”, de manera que cada día aumenta el número de casos que ingresan en los servicios de urgencias (SU) para recibir tratamiento. El consumo de estas drogas de diseño preocupa cada vez más a los padres, a los profesionales sanitarios y a las autoridades.

### Comprender la farmacología

Las sales de baño se producen de forma distinta dependiendo de la zona, así como de quién las elabora. Sus efectos farmacológicos dependen de la pureza y de la concentración de sus ingredientes, así como de las otras sustancias que se les añaden<sup>12,13</sup>. La información sobre este tipo de drogas es muy limitada, y la poca que existe se obtiene de estudios con animales, de los propios consumidores y de las personas que observan a quienes las están consumiendo.

Las “sales de baño” se venden en forma de polvo grueso de color blanco, negro o marrón, y puede ser que se presenten dentro de una botella de cristal para que parezcan sales de baño verdaderas. Se venden en paquetes de 50 a 200 mg de catióna sintética o bien en frascos grandes de más de 500 mg<sup>14</sup>. Este tipo de polvo puede consumirse por vía oral o rectal, así como inhalado, inyectado o fumado. Como todas las drogas, la forma en que se consume determina el inicio, el punto álgido y la duración de sus efectos. Los consumidores habituales prefieren inhalarla y tomarla por vía oral, ya que de esta forma sus efectos son más rápidos y duraderos<sup>15</sup>.

### Efectos clínicos

Las cationas que contienen las “sales de baño” producen efectos similares a las anfetaminas, la cocaína y el éxtasis, y no causan resaca, decaimiento ni depresión<sup>13</sup>. Los consumidores manifiestan que este tipo de droga produce un gran estado de ánimo, disminuye la hostilidad, da mucha energía y una gran sensación de bienestar en general. Algunos incluso dicen haber

### Definición de “sales de baño”

Las “sales de baño” son un polvo que al ser ingerido, inhalado, inyectado o fumado produce un efecto similar al de la anfetamina y la cocaína. Estos productos son drogas sintéticas derivadas de la catióna, una sustancia que procede de una planta africana que llamada *khat*. La catióna es una de las sustancias controladas por el Schedule I, bajo la supervisión de la Federal Controlled Substances Act. Los paquetes de las sales de baño, aunque pueden variar, normalmente contienen una o más de las seis siguientes sustancias químicas:

- 3,4-metilenodioxipirovalerona (MDPV).
- 4-metilmecatínona (mefedrona, 4-MMC).
- 3,4-metilenodioximetcatínona (metilona, MDMC).
- 4-fluorometcatínona (flefedrona, 4-FMC).
- 3-fluorometcatínona (3-FMC).
- 4-metoximetcatínona (metedrona, BK-PMMA, PMMC).

Fuente: Oficina del Fiscal General de New Jersey. Designer drugs labeled as “bath salts”: Facts about synthetic cathinones. <http://www.nj.gov/oag/ca/bathsalts/SyntheticCathinonesFacts.pdf>

sentido un gran estado de concentración y de atención al detalle, similar al efecto de las anfetaminas<sup>9</sup>.

Los consumidores ocasionales, los que las toman en situaciones de ocio, manifiestan sentir euforia, empatía, aumento de la concentración y estado de alerta<sup>9,13</sup>.

La mayoría informan de un aumento del deseo sexual, aunque ha habido casos que dicen lo contrario<sup>16</sup>.

### **Psicosis y otras reacciones adversas**

Muchos de los consumidores de este tipo de drogas han acudido al SU en un estado de gran ansiedad, paranoia, agitación, comportamiento extraño, temblores, y alucinaciones persecutorias<sup>11</sup>. Los signos y síntomas pueden durar incluso días después de la primera ingestión. La mayoría de personas que no padecen una psicosis aguda presentan palpitaciones, falta de aire, diaforesis, sofocos, dolores de cabeza, hipertermia, sed intensa con polidipsia, y otros signos y síntomas asociados con la estimulación del sistema nervioso simpático. Estos signos y síntomas son similares a los de los casos de intoxicación por anfetaminas y cocaína<sup>16,17</sup>. Muchos consumidores han manifestado sentir un fuerte dolor en la mandíbula después de su consumo, ya que puede causar un bruxismo similar al que provocan el éxtasis y las anfetaminas<sup>7</sup>.

La mayoría de los pacientes que acuden al SU son autodestructivos, con tendencias suicidas o incluso homicidas. Una vez que han recibido varias dosis de sedantes y medicaciones antipsicóticas, sus psicosis y alucinaciones se convierten en depresión, tristeza y pensamientos suicidas<sup>18</sup>.

Los pacientes con condiciones psiquiátricas o neurológicas proclives están en una situación de mayor riesgo frente a estas reacciones psíquicas adversas<sup>19</sup>. Se desconocen los posibles efectos a largo plazo.

Los pacientes suicidas deben recibir una valoración psiquiátrica de inmediato. Se les deben retirar todos los objetos potencialmente peligrosos con los que puedan lesionarse, y deben ser custodiados para su seguridad. No se ha publicado nada sobre el aumento del riesgo de suicidio después de la ingestión de estas "sales".

## **Casos alarmantes aparecidos en los medios**

He aquí algunos efectos experimentados por los consumidores de las "sales de baño" en Estados Unidos:

- Después de consumir esta droga, un hombre de 25 años irrumpió en un monasterio con un cuchillo y un palo de madera y asaltó a un monje que estaba durmiendo<sup>28</sup>.
- Después de consumir "sales de baño", una mujer atacó a su madre con un machete mientras ésta dormía<sup>28</sup>.
- Después de una borrachera de cuatro días de "sales de baño", un padre de 45 años fue encontrado muerto por su hijo<sup>29</sup>.
- Después de consumir "sales de baño", un hombre de 31 años se suicidó a causa de la paranoia que estaba experimentando<sup>30</sup>.
- Un hombre de 23 años ingresó en un hospital porque actuaba de forma irracional. Su temperatura corporal era de 41,1 °C; desarrolló un edema cerebral y un fallo multiorgánico que le provocó la muerte el día siguiente<sup>31</sup>.

### **¿Ha consumido su paciente "sales de baño"?**

El paciente que ha tomado "sales de baño" presenta signos y síntomas similares a los que producen otras drogas fuertes, como son la fenciclidina (PCP), el LSD, la cocaína, las anfetaminas y el alcohol. Lo importante ante un paciente con signos y síntomas de consumo no es detectar la causa de su reacción psicótica, sino proporcionarle el cuidado necesario para ayudarlo a recuperarse.

Las "sales de baño" son un fenómeno reciente, por lo que la mayoría de hospitales no están del todo preparados para su detección y control, por lo que mandan la muestra de orina del paciente a un laboratorio específico, y este proceso puede tardar de horas a días. A menos que el propio paciente admita la ingestión de "sales de baño" o que alguien cercano pueda constatarlo, los profesionales sanitarios deben descartar el consumo de otras sustancias que también pueden causar un cambio en el estado mental. (Véase el cuadro anexo *Denominaciones de las "sales de baño"*)

La toxicología en orina puede descartar el consumo de PCP, cocaína y anfetaminas. La bioquímica sanguínea puede descartar los desequilibrios de los electrolitos séricos, los niveles anormales de glucosa y la acidosis metabólica que se aprecia en la toxicidad por simpaticomiméticos; un hemograma completo ayudará a descartar una infección o la anemia grave<sup>20</sup>. Una tomografía craneal descarta una hemorragia subaracnoidea y otras patologías encefálicas, como la

hidrocefalia. El ECG de 12 derivaciones mostraría la taquicardia. Los cambios isquémicos son posibles con un gran aumento de la frecuencia cardíaca o bien de la demanda de oxígeno del miocardio.

### **Tratamiento sintomático**

Actualmente no existe ningún antídoto disponible para contrarrestar una intoxicación por "sales de baño". El tratamiento es de apoyo y va dirigido a los signos y síntomas<sup>21</sup>. Las reacciones adversas que se experimentan –típicas de los agentes simpaticomiméticos– son taquicardia, hipertensión, palpitaciones, ansiedad, temblores, sudoración y dolor de cabeza. Estos efectos adversos se deben a la estimulación de los receptores alfa y beta-adrenérgicos, así como a la liberación sostenida de endógenos de noradrenalina, dopamina y serotonina<sup>16</sup>. A diferencia de lo que sucede en los casos de intoxicación por cocaína, los agentes bloqueadores beta-adrenérgicos, tales como el propanolol, no están contraindicados, aunque deben utilizarse con precaución. Las "sales de baño" causan una fuerte respuesta adrenérgica, por lo que la inhibición de uno de estos receptores adrenérgicos comporta una brutal estimulación de otros receptores<sup>22</sup>.

Las "sales de baño" se metabolizan por vías hepáticas similares a las que se utilizan para metabolizar el éxtasis<sup>23</sup>. Existe el riesgo para los pacientes de sufrir una lesión o insuficiencia hepática debido a las impurezas de las "sales de baño" que se almacenan en el hígano<sup>23</sup>. La N-acetilcisteína puede ayudar a

contrarrestar los efectos causados por la intoxicación hepática debida a la ingesta de “sales de baño”<sup>23</sup>.

El índice de adicción a las “sales de baño” es relativamente bajo; no obstante, quienes las consumen admiten padecer una necesidad constante de consumirlas a diario<sup>12</sup>. La adicción potencial es más común en las personas que prefieren consumirlas en minidosis, es decir, en un primer momento consumen una gran dosis y luego continúan con pequeñas dosis cada una o dos horas, para poder mantener la plenitud de sus efectos durante varios días<sup>13</sup>.

Normalmente, para disminuir la ansiedad, la agitación, los temblores y la psicosis de los consumidores es necesario un sedante, un fármaco de la clase de las benzodiacepinas, tales como el diazepam o el lorazepam; o bien antipsicóticos de primera o segunda generación, como el haloperidol o la ziprasidona, respectivamente<sup>24</sup>. Cuando el paciente está hipertérmico, la sedación ayuda a disminuir la hiperactividad de los músculos y la demanda metabólica del cuerpo.

Según el American College of Emergency Physicians las benzodiacepinas son los agentes preferidos por su rápida y corta actuación, y porque pueden suministrarse por vía intramuscular<sup>25</sup>. Es posible que el paciente experimente una depresión respiratoria, ya que serán necesarias varias dosis para conseguir el efecto clínico adecuado. Controle atentamente el nivel de sedación del paciente y la función respiratoria, y valore el estado neurológico, psiquiátrico y cardiopulmonar.

### Consideraciones de enfermería

Los profesionales de enfermería en primer lugar han de centrarse en garantizar su propia seguridad mientras valoran las primeras necesidades del paciente. En primer lugar hay que examinar y apoyar la vía respiratoria del paciente, la respiración y la circulación. La valoración del estado neurológico del paciente puede ayudar a saber el grado de invalidez que está sufriendo a causa del consumo de “sales de baño”. Obtenga los signos vitales y controle al paciente con frecuencia, observando cualquier anomalía que padezca a causa de la fuerte estimulación simpática.



### La mayoría de los pacientes que acuden al servicio de urgencias tras haber consumido “sales de baño” son autodestructivos, con tendencias suicidas o incluso homicidas.

Tome la temperatura del paciente para controlar una potencial hipotermia que podría ser fatal. Una temperatura elevada después de tomar mefedrona –un componente muy común en este tipo de droga– puede provocar una hipertermia inducida por el síndrome de la serotonina. La hipertermia aumenta

### Denominaciones de las “sales de baño”<sup>1,2,4</sup>

He aquí algunos de los nombres con que se conocen las “sales de baño”:

- Bliss.
- Seda azul.
- Caballo blanco de tierra.
- Aromaterapia energizante.
- Ola de marfil.
- Kamikaze.
- Ola púrpura.
- Paloma roja.
- Cielo de vainilla.
- Luz blanca.

el riesgo de rabdomiólisis, insuficiencia renal, acidosis metabólica, coagulación intravascular diseminada, coma y muerte<sup>26</sup>.

El personal de enfermería y otros profesionales sanitarios, los de los SU y la policía deben protegerse con los procedimientos y protocolos adecuados. Debe tenerse en cuenta que más del 50% del personal de urgencias ha sido víctima de un paciente violento, y que el 5% de los pacientes violentos llevan un arma<sup>24</sup>. Siga el protocolo del centro y contacte inmediatamente con seguridad del hospital para que cacheen al paciente.

Los profesionales sanitarios, en primer lugar, deben garantizar su propia seguridad antes de acercarse al paciente. Asegúrese de tener siempre cerca una escapatoria accesible: nunca deje que el paciente le bloquee la salida.

Los pacientes más violentos suelen ser varones y tener antecedentes de comportamiento violento, enfermedad mental y/o abuso de drogas o alcohol<sup>16</sup>. Debido a los efectos de las sales de baño, el comportamiento violento aparece sin avisar, por lo que debe estar atento ante posibles indicadores clínicos de riesgo de comportamiento agresivo. Debe tener un especial cuidado ante pacientes que hablan fuerte, de modo abusivo y con los puños cerrados, así como los que evitan el contacto visual y adoptan una postura corporal tensa<sup>20,24,27</sup>.

Estos comportamientos se han observado en pacientes psicóticos que consumen “sales de baño”, aunque debe tenerse en cuenta que este tipo de droga se consume junto con otras sustancias, como alcohol, marihuana, opiáceos, anfetaminas o cocaína. Cada sustancia que los pacientes tienen en su organismo afectará a su comportamiento e influirá en el curso del tratamiento<sup>11</sup>.

Las técnicas verbales, como la utilización de una voz calmada, probablemente no serán de gran utilidad en los consumidores de “sales de baño” que son psicóticos. Ante pacientes hostiles y agresivos es recomendable administrar sedantes en primer lugar. Tenga en cuenta que serán necesarias las restricciones físicas para todos los profesionales que estén a cargo del cuidado del paciente; por ejemplo, si los pacientes son peligrosos para sí mismos, para otros pacientes o para el personal<sup>20</sup>. Consulte los protocolos y procedimientos

de su centro para utilizar adecuadamente las medidas de restricción.

## Determinar la disposición del paciente

Es posible que el paciente, antes de obtener un diagnóstico final, necesite varias horas de cuidado y control en el SU. No siempre es posible determinar cuándo desaparecerán los síntomas psiquiátricos, ya que la duración de la mayoría de las sustancias ilícitas es impredecible. El equipo sanitario debe empezar a planificar la disposición del paciente una vez que vuelva a estar consciente y orientado. Antes de dar el alta debe realizarse una evaluación psiquiátrica completa. Algunos pacientes son dados de alta a su domicilio, otros pasan a ser custodiados por la policía, y otros ingresan en unidades psiquiátricas.

## Esté preparado

La Drug Enforcement Administration ha designado las “sales de baño” como sustancias de Schedule I, que es la categoría más restrictiva de la Controlled Substances Act, y determinados países han aprobado leyes para prohibir esta droga, por lo que la popularidad de las “sales de baño” disminuirá probablemente si ya no son tan accesibles. No obstante, a pesar de la prohibición, las “sales de baño” continúan consumiéndose. Los cuidadores necesitan un entorno seguro y han de proteger a todos de cualquier daño. 

### BIBLIOGRAFÍA

- Melton ST. Bath salts: an “Ivory Wave” epidemic? 2011. <http://www.medscape.com/viewarticle/748344>.
- New Jersey Office of the Attorney General. Designer drugs labeled as “bath salts”: facts about synthetic cathinones. 2011. <http://www.nj.gov/oag/ca/bathsalts/SyntheticCathinonesFacts.pdf>.
- Kavanagh PV, McNamara S, Angelov D, McDermott S, Mullan D, Ryder SA. The characterization of ‘legal highs’ available from head shops in Dublin (Poster). Dublin, Ireland: The National Drug Advisory and Drug Treatment Board; 2010.
- U.S. Drug Enforcement Administration. Chemicals used in “bath salts” now under federal control and regulation. 2011. <http://www.justice.gov/dea/pubs/pressrel/pr102111.html>.
- National Institute on Drug Abuse. NIDA Info-Facts: Hallucinogens—LSD, peyote, psilocybin, and PCP. <http://www.drugabuse.gov/infofacts/hallucinogens.html>.
- U.S. Department of Justice. Drug Enforcement Administration. Office of Diversion Control. Controlled Substance Schedule. 2011. <http://www.deadiversion.usdoj.gov/schedules/index.html>.
- Dargan PI, Albert S, Wood DM. Mephedrone use and associated adverse effects in school and college/university students before the UK legislation change. *QJM*. 2010;103(11):875-879.
- Wood DM, Greene SL, Dargan PI. Clinical pattern of toxicity associated with the novel synthetic cathinone mephedrone. *Emerg Med J*. 2010;28(4):280-282.
- Brunt TM, Poortman A, Niesink RJ, van den Brink W. Instability of the ecstasy market and a new kid on the block: mephedrone. *J Psychopharmacol*. 2010. Epub ahead of print. [http://blog.ecu.edu/sites/penderst/files/2011/01/0269881110378370.full\\_.pdf](http://blog.ecu.edu/sites/penderst/files/2011/01/0269881110378370.full_.pdf).
- Farrell M. New drugs. Presentation. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2010.
- American Association of Poison Control Centers. Bath salts data. 2011. <http://www.aapcc.org/dnm/Portals/0/8.02.2011Bath%20Salts%20Data%20for%20Website.pdf>.
- ACMD: Advisory Council on the Misuse of Drugs. Consideration of the cathinones. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+http://www.homeoffice.gov.uk/publications/drugs/acmdl/acmdl-cathinones-report-2010?view=Binary>.
- The Vaults of Erowid. Psychoactive vault. 2011. <http://erowid.org/psychoactives/psychoactives.shtml>.
- Delaware Health Alert Network. Designer drug “bath salts” use in Delaware. 2011. Delaware Health Alert #257. <http://dhss.delaware.gov/dhss/dph/php/alerts/dhan257.html>.
- Schifano F, Albanese A, Fergus S, et al. Mephedrone (4-methylmethcathinone; ‘meow meow’): chemical, pharmacological and clinical issues. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011;214(3):593-602.
- James D, Adams RD, Spears R, et al. Clinical characteristics of mephedrone toxicity reported to the U.K. National Poisons Information Service. *Emerg Med J*. 2011;28(8):686-689.
- Kim HS, Aftab A, Shah M, Nayar J. Physical and psychological effects of the new legal high ‘Ivory Wave’: a case report. *Br J Med Practitioners*. 2010; 3(4):44-46. <http://www.bjmp.org/files/2010-3-4/bjmp-2010-3-4-a343.pdf>.
- Winstock A, Mitcheson L, Ramsey J, Davies S, Puchnarewicz M, Marsden J. Mephedrone: use, subjective effects and health risks. *Addiction*. 2011; 106(11):1991-1996.
- Winstock AR, Marsden J, Mitcheson L. What should be done about mephedrone? *BMJ*. 2010;340: c1605.
- Babu KM, Boyer EW. Emergency department evaluation of acute onset psychosis in children. 2011. <http://www.uptodate.com/contents/emergency-department-evaluation-of-acute-onset-psychosis-in-children>.
- Hoecker CC. Designer drugs of abuse in children and adolescents. 2011. <http://www.uptodate.com/contents/designer-drugs-of-abuse-in-children-and-adolescents>.
- McCord J, Jneid H, Hollander JE, et al. Management of cocaine-associated chest pain and myocardial infarction: a scientific statement from the American Heart Association Acute Cardiac Care Committee of the Council on Clinical Cardiology. *Circulation*. 2008;117(14):1897-1907. <http://www.guidelines.gov/content.aspx?id=12951>.
- Fröhlich S, Lambe E, O’Dea J. Acute liver failure following recreational use of psychotropic “head shop” compounds. *Ir J Med Sci*. 2011;180(1):263-264.
- Moore G, Pfaff JA. Assessment and management of the acutely agitated or violent adult. 2011. <http://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-the-acutely-agitated-or-violent-adult>.
- Katz ED. Combative, convulsing and crazy: care of the altered and agitated patient. Presentation at the Boston Scientific Assembly. Boston, MA, October 5-8, 2009. <http://www.acep.org/workarea/downloadasset.aspx?id=46517>.
- Garrett G, Sweeney M. The serotonin syndrome as a result of mephedrone toxicity. *BMJ Case Reports*. 2010. <http://casereports.bmj.com/content/2010/bcr.04.2010.2925>.
- Jibson MD. Overview of psychosis. 2011. <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-psychosis>.
- Bath salts blamed for deaths, crimes. Houston, TX: KPRC Local 2; March 21, 2011. <http://www.click2houston.com/news/27268930/detail.html>.
- More local deaths, injuries from bath salts. Dayton, OH: WHIOTV.COM; July 25, 2011. <http://www.whiotv.com/news/28660869/detail.html>.
- Craig T. Galveston dad wants ‘bath salts’ banned after son’s death. Houston, TX: KHOU-TV Channel 11; January 30, 2011. <http://www.khou.com/news/texas-news/Texas-could-consider-banning-Bath-Salts-114880629.html>.
- Morales I. Tampa man is first reported death in Florida from ingesting ‘bath salt’ drug. Tampa Bay, FL: St. Petersburg Times; June 3, 2011. <http://www.tampabay.com/news/publicsafety/tampa-man-is-first-reported-death-in-florida-from-ingesting-bath-salt-drug/1173190>.

Mark M. McGraw trabaja como enfermero en el servicio de urgencias y en cuidados intensivos y cuidados críticos en el Christiana Care Health System en Wilmington (Delaware).