

INTOXICACIONES POR ANFETAMINAS Y DROGAS DE DISEÑO

Dr. Alberto Martín Briz

M.I.R. en Medicina Familiar y Comunitaria

Todo este grupo de sustancias produce una estimulación del SNC, al ser productos estructuralmente similares a las catecolaminas endógenas (adrenalina y noradrenalina) y potenciando sus efectos. Se incluyen en este grupo de sustancias potencialmente adictivas diferentes productos, como la metilendioxianfetamina o MDA ("droga del amor"), MDEA, Metanfetamina cristalina, 3,4-metilendioximetanfetamina o MDMA ("éxtasis"), Gamma-hidroxi-butírico ("éxtasis líquido") y petróxido nitroso ("globos de la risa"). Los dos últimos no son anfetaminas.

Su absorción es vía digestiva, alcanzando concentraciones máximas en 1-2 horas, con metabolización hepática y eliminación en orina, donde pueden detectarse sus metabolitos muchos días tras su uso (esto sirve de apoyo en situaciones jurídico-periciales y también para garantizar la abstinencia en los programas de desintoxicación y deshabituación). La excreción renal depende del pH urinario. De esta forma, si la orina es acida se excreta el 60% de la dosis de anfetamina en las siguientes 48 horas, mientras que sólo se excreta un 5% cuando la orina es alcalina. En conjunto, la vida media de eliminación es de 10 horas aproximadamente (aunque puede ser 2 o 3 veces mayor si la orina es más alcalina). Con menor frecuencia estas drogas también se consumen vía nasal, fumadas o vía intravenosa.

CLÍNICA

INTOXICACIÓN LEVE

- Ansiedad e irritabilidad.
- Cefalea.
- Palpitaciones.
- Anorexia, náuseas y vómitos.
- Insomnio.
- Temblor.
- Verborrea.
- Hiperrreflexia.
- *Rash*, piloerección, palidez cutánea.
- Sudoración profusa.
- Sequedad de mucosas.
- Retención aguda de orina y disuria.
- Distonías mandibulares y bruxismo.

INTOXICACIÓN MODERADA

- Agitación y reacciones de pánico.
- Confusión y posibles alucinaciones.
- Comportamiento estereotipado.
- Coreatetosis.
- HTA.
- Dolor abdominal y/o torácico.
- Arritmias cardíacas.
- Fiebre.
- Midriasis.
- Taquipnea.

INTOXICACIÓN GRAVE

- HTA importante.
- Hipotensión arterial.
- Hiperpirexia (>40 °C).
- Delirio y cuadros psicóticos.
- Coma.
- Déficit neurológico focal. Se ha descrito casos de hemorragias intracerebrales y subaracnoideas.
- Crisis convulsivas.
- Arritmias cardíacas con inestabilidad hemodinámica (destacando la fibrilación ventricular).
- Rabdomiolisis.
- IMA y miocardiopatía aguda.
- CID.

- Isquemia o infarto renal.
- Edema pulmonar (cuando se consumen vía fumada).

DIAGNÓSTICO

Fundamentalmente se basa en la anamnesis al paciente y a los acompañantes, junto con la exploración física. Como pruebas complementarias conviene solicitar las siguientes:

- Hemograma, hemostasia y bioquímica (con CPK).
- ECG.
- Rx de Tórax.
- Análisis toxicológico en orina (para comprobar la presencia de estas sustancias).

CRITERIOS DE INGRESO

El lugar donde deben ingresar los pacientes con clínica compatible con intoxicación por anfetaminas varía en función de la gravedad del cuadro (ver apartado anterior). Así pues, los pacientes con una intoxicación leve o moderada, deben ingresar en el Área de Observación del servicio de Urgencias hasta la remisión de los síntomas. Por otra parte, los pacientes con una intoxicación grave ingresarán en la Unidad de Cuidados Intensivos.

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

- Obtención de vía venosa periférica.
- Evacuación gástrica (se desaconseja la inducción del vómito) si la ingesta ha ocurrido en menos de 4 horas.
- Administración de carbón activado. Se administra junto con un catártico como el sorbitol en dosis de 1-2 ml/Kg de una solución al 70% en caso de que el paciente esté alerta. Si el paciente se encontrase con un nivel de conciencia muy bajo o en coma, se realiza lavado gástrico previa intubación endotraqueal, tras lo cual se administra el carbón activado por la sonda de lavado.
- Mantener al paciente en lugar tranquilo con escasos estímulos sensoriales.
- Monitorización de tensión arterial.
- Control de diuresis.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

1. Hipertermia. Inicialmente se trata con medios físicos (compresas frías, mantas hipodérmicas o baños en agua helada). Si lo anterior fallase, se puede recurrir a la administración de dantroleno 1mg/Kg vía endovenosa, aumentando la dosis progresivamente cada 15 minutos hasta un máximo de 10mg/Kg. Cuando se consiga controlar la temperatura, se pauta vía endovenosa, cada 4 horas, a 1-2mg/Kg. Como alternativa, se puede emplear bromocriptina 2,5-5mg/Kg cada 6 hora, vía oral.

2. Hipertensión arterial. Cuando se trate de cifras moderadas con bradicardia o taquicardia refleja, no suele necesitarse un tratamiento. Ante cifras de TA diastólica mayores de 120mmHg con probabilidad de afectación de órgano diana, se administrará como fármaco de elección, nitroprusiato sódico endovenoso, en dosis de 1µg/Kg/minuto. Esta sustancia debe administrarse protegida de la luz y preferiblemente en UCI.

3. Agitación. Se trata con benzodiazepinas como: midazolam 0.2mg/Kg intramuscular o 0.1mg/Kg intravenoso, lorazepam 1-2 mg cada 4 horas vía oral o sublingual o diazepam 10mg endovenoso, intramuscular o vía oral.

4. Psicosis. Los síntomas psicóticos se controlarán con **haloperidol** 10mg vía oral cada 8 horas.

5. Otras: Hipotensión arterial, arritmias cardiacas, síndrome coronario agudo, crisis convulsivas, reacciones extrapiramidales, hemorragia intracraneal y HSA, isquemia arterial aguda y rabdomiólisis; serán tratadas de forma detallada en los temas correspondientes a estas patologías.