

## INTOXICACIONES EN LA ADOLESCENCIA

Autora:

Dra. Marta S. Mezzano M.P.Nº 6133/7

Esp. en Pediatría M.E.Nº 2103

Esp. en Toxicología

Clínica M.E.Nº 10385

### 1. DEFINICIÓN

Ingreso al organismo por cualquier vía conocida: digestiva alta y baja, respiratoria, dérmica y mucosas, IM, IV, IA, intraperitoneal, intracardíaca, de sustancias tóxicas “per-se”, y/o potencialmente tóxicas (exceso de dosis, suma de efectos, transformación metabólica).

**Incidencia y prevalencia:** El impacto de las intoxicaciones en la población adolescente se ha ido incrementando en las últimas décadas (OMS, OPS, SEDRONAR), por el aumento en el consumo de drogas de abuso tanto en varones como en mujeres, en los intentos de suicidios y/o suicidios consumados, donde predominan las mujeres (los varones utilizan otros medios), y el aumento de los accidentes de tránsito. Es difícil encontrar estadísticas ciertas, sí muestreos donde se observa esta realidad (SEDRONAR, ONU: CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas: Informe Mundial sobre las Drogas. 2010).

#### ***Clasificación farmacológica de las drogas psicoactivas:***

- **Depresoras:** Alcohol, tranquilizantes, hipnóticos, opiáceos y derivados.
- **Estimulantes:** Tabaco, caféina, cocaína, anfetaminas y derivados.
- **Alucinógenos:** Cannabis y derivados (marihuana, hashish); benceno; toluenos (depresores y alucinógenos); LSD; mescalina; psilocibina; fenciclidina.
- **Drogas de diseño:** Son drogas sintéticas, similares en su estructura química a las existentes, con efectos más prolongados y/o aumentados.
- **Análogos de las anfetaminas:** Efectos anfetamínicos.
- **Análogos del fentanilo:** Efectos opiáceos.
- **Análogos de la meperidina:** Efectos opiáceos.
- **Análogos de la fenciclidina:** Efectos alucinógenos.

#### **Factores de riesgo:**

Baja tolerancia a la frustración; escolaridad pobre; baja autoestima; inseguridad; vulnerabilidad; violencia; propensión a conductas de riesgo; mala resolución de los conflictos; abandono familiar; desempleo; automedicación; modelo familiar de consumo de drogas; depresión; síndrome obsesivo-compulsivo.

## 2. CUADRO CLÍNICO

Según droga involucrada:

### a) *Alcohol:*

- **Intoxicación aguda:** excitación; incoordinación sensitiva y motora; disminución de la atención; alteración de la percepción; agudeza visual disminuida; somnolencia; vértigo; disartria; dislalia; estupor; coma; alteraciones cardiorespiratorias; paro respiratorio.
- **Síndrome alcohólico fetal completo y/o incompleto:** Dismorfismo craneofacial; microcefalia; alteraciones orgánicas; alteraciones en el desarrollo cognitivo.
- **Intoxicación crónica:** Hepatopatía; cáncer del aparato digestivo; alteraciones hormonales; psicosis.

### b) *Tranquilizantes-hipnóticos:*

- Confusión de ideas; respuestas lentas a los estímulos; disbasia; dislalia; sopor; coma. Si se asocia con alcohol posibilidad de paro respiratorio. Si se asocia con antidepresivos tricíclicos, posibilidad de arritmias cardíacas.

### c) *Opiáceos:*

- Miosis, inadecuada oxigenación; depresión respiratoria; reflejos disminuidos o ausentes; bradicardia; íleo; globo vesical; dermatitis; coma; paro cardiorespiratorio.

### d) *Clorhidrato de cocaína y derivados: (Vida media corta):*

- Pérdida del olfato (si se aspira); excitación; HTA; taquicardia; arritmias cardíacas; infarto de miocardio; accidentes cerebro vasculares; convulsiones; edema agudo de pulmón; fallo renal; acidosis metabólica; alucinaciones auditivas y táctiles; psicosis; paro respiratorio y paro cardíaco.

### e) *Anfetaminas y sucedáneos: (Vida media larga):*

- Midriasis; excitación psicomotriz; HTA; taquicardia; ansiedad; acidosis metabólica; hemorragia cerebral; fallo renal; psicosis; paro cardíaco.

### f) *Antidepresivos tricíclicos y sustancias anticolinérgicas:*

- Excitación; hipotermia; hipertermia grave (maligna); arritmias cardíacas; HTA; acidosis metabólicas; infarto de miocardio; convulsiones; alucinaciones; fallo cardíaco.

### **g) Cannabis-marihuana-hashish:**

- Taquicardia; ansiedad; crisis de pánico; cefaleas; lipotimia; HTA; bronquitis recurrente; potencia a otros depresores.

### **h) Hidrocarburos alifáticos, bencénicos-aromáticos:**

- Excitación; depresión; incoordinación motora; temblores; alucinaciones; taquicardia; fallo hepático y pancreático; acidosis tubular renal; coma; paro cardíaco.

### **i) LSD (Dietilamida del ácido lisérgico):**

- Midriasis; taquicardia; náuseas; vómitos; HTA; dificultad respiratoria; hemorragias; alucinaciones; flash-back (revivir los síntomas sin haber ingerido la sustancia). Puede presentarse hasta 30-40 días post-ingesta).

Algunas drogas de abuso producen alteraciones cromosómicas, pasan la placenta y la leche materna. El feto puede verse afectado por teratogenia, toxicidad directa, y/o anomalías neurológicas o alteraciones neurocognitivas.

El Síndrome de Abstinencia (S.A.) es producido por opiáceos; barbitúricos; benzodiacepinas; cocaína; anfetaminas y metanfetaminas.

## **3. ESTUDIOS A SOLICITAR**

Laboratorio: “screening” de drogas en sangre (la sangre debe extraerse con anticoagulante y conservarse en heladera) y orina.

- Citológico completo con recuento de plaquetas.
- Glucemia seriada.
- Perfil hepático.
- Perfil renal.
- Amilasemia.
- CPK.
- Medio interno.
- Gases en sangre.
- HIV.

De acuerdo a antecedentes del paciente, descartar otras infecciones: Hepatitis; micosis, etc.

ECG-Monitoreo cardíaco; Rx de tórax; Rx de columna cervical; TAC (si es necesario). Fondo de ojo.

#### 4. CONDUCTA INICIAL

- **Por ingesta de drogas:** Efectos adversos; sobredosis; adulteración (agregado de otras sustancias que pueden ser tóxicas); suma de efectos (ingesta de varias drogas que se potencian).
- **Fuera de la ingesta de drogas:** Síndrome de abstinencia; crisis de ansiedad; crisis psicóticas; flash-back (revivir los síntomas sin haber ingerido la sustancia. Esto puede aparecer hasta 30 o 40 días pos ingesta.
- **Otras:** Descartar patologías asociadas.

#### *Manejo de la urgencia*

##### **Paciente lúcido:**

- Si es por ingesta disminución a 5-5 hs.; VP (vómito provocado); LG (lavado gástrico) y CA (carbón activado).
- Si es inhalación, inyectable, controlar.
- En todos los casos internar por aparición de síntomas tardíos.

##### **Paciente no lúcido:**

- Valoración signos vitales; usar vía I.V. para vehiculizar líquidos y medicamentos, O<sub>2</sub>. Monitoreo cardíaco; Rx de tórax. Valoración neurológica (escala de Glasgow) en forma seriada. TAC de cerebro. Laboratorio completo y screening de drogas.
- Signos de rigidez de nuca y/o fiebre: fondo de ojo; punción lumbar; TAC de cerebro.

Si es mujer descartar embarazo.

#### **Pautas de tratamiento específicas**

##### ***Alcohol:***

- Venoclisis con solución glucosada al 10%; 25%; 50%, según necesidad, electrolitos, tiamina.

### ***Anfetaminas de diseño:***

- Hidratación adecuada; mantener ritmo urinario; tratar las convulsiones con diazepam; HTA: Usar hipotensores y si es necesario usar nitroprusiato de sodio.

### ***Derivados del opio:***

- Hidratación; oxígeno; Naloxona: 1 ml; 0,4 mg. I.V. cada 3 minutos, tres dosis. Se puede ir espaciando de acuerdo necesidad. Naloxona neonatal: 1 ml; 0,02 mg, infusión continua hasta 4 mg en 1000 ml de glucosado al 5%, ir probando respuesta.

### ***Barbitúricos:***

- Lavado gástrico (L.G.); Carbón activado (C.A.); Diuresis alcalina; diálisis peritoneal; hemodálisis.

### ***Benzodiacepinas:***

- Hidratación, Flumazenil 1 ampolla: 0,5 mg. I.V., repetir si es necesario 0,1 mg. No pasar de 1-2 mg. No usar si existe la posibilidad de ingesta de antidepresivos tricíclicos.

### ***Cocaína:***

- Hidratación; corregir acidosis metabólica con bicarbonato; oxígeno (mejoran las arritmias y la HTA. No usar propanolol. Hipertermia: medios físicos.

### ***Anticolinérgicos:***

- Igual a cocaína. Dado el efecto sobre el tubo digestivo, se puede hacer C:A seriado (1gr./kg. de peso seguido de dosis subsiguientes de 0,25 grs./kg. cada 4 hs. en 24 hs.) Se da laxante en forma intermitente: Si es necesario usar antídoto: Fisostigmin: 1-2 mg. I.V. Se puede repetir una vez. Efecto adverso que puede presentar esta medicación: Convulsiones. No usar en antecedentes de asma bronquial y/o enfermedad cardíaca previa.

### ***Alucinógenos:***

- Medidas generales de sostén.  
Si es necesario benzodiacepinas.

***El paciente siempre debe ser evaluado por salud mental.***

**Prevención:**

- El equipo de salud debe capacitarse en prevención primaria a nivel de brindar información veraz y adecuada sobre el consumo de drogas de abuso en la consulta que realiza el adolescente. La sociedad en su conjunto (familia, escuela, comunidad) debe involucrarse en conocer los efectos adversos del consumo de sustancias.

**5. NIVELES DE ATENCIÓN**

El médico de primer nivel debe estar capacitado para realizar la intervención correspondiente y derivarlo al 2° y/o 3° nivel de atención, según la complejidad del cuadro clínico.

**6. CONTROL Y SEGUIMIENTO**

Todo paciente que llega a emergencia por abuso de drogas o *probable* abuso de drogas debe ser internado. Realizar laboratorio y métodos complementarios de acuerdo con el cuadro clínico y evolución del mismo. Valoración con Infectología. Tratamiento con Salud Mental. Al ser dado de alta se controlará clínicamente y el tratamiento con Salud Mental.

**7. RIESGOS DE IATROGENIA**

- Utilizar fármacos que potencien la acción de los consumidos.
- No descartar patologías asociadas.
- Dar de alta tempranamente.
- No contactar con Salud Mental.

Debemos informar adecuadamente al paciente y a la familia los riesgos del consumo de drogas psicoactivas.

**8. BIBLIOGRAFÍA**

- \* Fleming, Michael F.; Barry, Kristen L.; Guía Clínica de los Trastornos Adictivos; ed. Mosby Doyna Libros; 1994.
- \* Freixa, F.; Soler Insa, P. A.; Toxicomanías; ed. Fontanella; 1981.
- \* Ladron de Guevara, J.; Moya Pueyo, V.; Toxicología Médica; ed. Interamericana; 1995.
- \* Mensias Rodríguez, E.; Mayero Franco, L. M, Manual de Toxicología Básica; ed. Díaz de Santos; 2000.
- \* <http://www.drwebsa.com.ar/aara/tema93.htm>.