

PSIQUIATRÍA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LAS EMERGENCIAS POR INTOXICACIÓN Y/O ABSTINENCIA POR USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A LAS EMERGENCIAS POR INTOXICACIÓN Y/O ABSTINENCIA POR USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

INTRODUCCION

La enfermedad de la adicción afecta un amplio segmento de la población atrapada en el consumo de sustancias psicoactivas, siendo el alcohol la primera causa de intoxicación aguda que acude a las emergencias del país. Se produce en todos los grupos de edad; pero presenta dos picos, uno en pacientes jóvenes con episodios únicos y otro en pacientes alcohólicos de edad media, con episodios múltiples. Asimismo, la interacción con otras drogas aumenta el peligro de que el usuario desarrolle dependencia, por la alteración del funcionamiento de su organismo en las esferas física, psicológica y social, con resultante daños severos a su salud integral.

La primera encuesta de vigilancia de comportamiento en poblaciones vulnerables, realizada en el año 2008, mostró que el 70 % de los consumidores de sustancias psicoactivas excede los 20 años de edad. En la provincia de Santo Domingo, el mayor volumen de usuarios de drogas (80.6 %) corresponde al grupo etáreo de 25 años o más, seguido de un 10.2 % de 15 a 19 años. En tanto, en la provincia de Santiago, la mayoría (66 %) de los usuarios de drogas supera los 25 años, mientras que el 23.8% son jóvenes de 20 a 24 años.

En la provincia La Altagracia, cerca de dos tercios (58.5 %) de los consumidores de estupefacientes sobrepasan los 25 años, en tanto que el 28.1% tiene entre 20 y 24 años. En contraste, más de la mitad de los usuarios de la provincia de Barahona (56.1 %) se encuentran entre los 15 y los 24 años; mientras, tienen la misma proporción (28%), los ubicados en los rangos de edad de 15 a 19 años y de 20 a 24 años.

Las benzodiacepinas son los fármacos más prescritos en todo el mundo y también los más usados. El segundo lugar después del alcohol son los llamados sedantes hipnóticos de tipo benzodiacepinicos, anfetaminas, alucinógenos (inhalantes), marihuana y cocaína.

1. OBJETIVO

Ofrecer atención a pacientes con intoxicación y/o abstinencia por uso y abuso de sustancias psicoactivas, manteniendo intervenciones oportunas hasta la remisión de los efectos, reduciendo así las complicaciones y la comorbilidad.

2. EVIDENCIA

Psicofarmacología Escencial de Salth, Bases Neurocientíficas Y Aplicaciones Prácticas, 4ta edición, Stephen M. Stahl, Aula Medica, Madrid 2013. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000536cnt-2014-09_guia-tratamiento-adiccion-tabaco-2014.pdf

3. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Médicos generales y médicos especialistas en Medicina Interna, Medicina Familiar, Psiquiatría y Emergenciología, Psicólogos y Enfermeras.

4. POBLACION DIANA

Persona con historia de ingesta y/o abstinencia a sustancias psicoactivas con manifestaciones del comportamiento

5. DEFINICION

- a) La intoxicación aguda es un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias (abuso), psicotrópicas o alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.
- b) La abstinencia es un conjunto de síntomas que padece una persona ante el no consumo de lo que es adicto.

6. DIAGNOSTICO

6.1 Historia Clínica:

a) Anamnesis

Paciente que acude con historia de ingesta o abstinencia de psicoactivas y/o problemas de comportamiento.

b) Síntomas y Signos:

- Realice una evaluación general del paciente
- Efectue un interrogatorio completo al paciente o al acompañante.
- Valore la posibilidad de intoxicación simultánea, como la producida por un “cocktel” (ej.: alcohol + cannabis + cocaína + marihuana + ansiolíticos + depresores del SNC).

- Conozca lo siguiente
 - Hora de la exposición
 - Vía de administración
 - Dosis
 - Síntomas
 - Tratamientos efectuados anteriormente
- Antecedentes personales
- Cuadros clínicos previos
- Existencia de antecedentes de consumo y psiquiátricos.

c). **Exploración física**

- Valore el ABC:
 - Vía aérea
 - Ventilación
 - Aparato cardiocirculatoria
- Valoración neurológica:
 - Estado de conciencia
 - Focalidad neurológica.
 - Coexistencia con otras lesiones como traumatismo craneoencefálico. (Midriasis: cocaína, anfetaminas; Miosis: opiáceos).
- Piel:
 - Coloración
 - Presencia de ampollas
 - Sudoración excesiva
 - Marcas cutáneas de punción IV y IM.
- Auscultación cardiorrespiratoria: detectar la presencia de arritmias o signos de edema pulmonar.
- Exploración abdominal: descartar abdomen agudo.
- Exploración de extremidades: detectar la presencia de edema.

6.2 Pruebas de Laboratorio

Determinación de sustancias en orina mediante panel de drogas, glicemia, Hemograma completo con recuento y fórmula leucocitaria.

6.3 Diagnostico por imágenes

- a. Electrocardiograma
- b. Radiografía anteroposterior y lateral de tórax y de abdomen.
- c. Tomografía axial computarizada de cráneo en caso de estatus convulsivo, alteración del nivel de conciencia o focalidad neurológica.
- d. Tomografía axial computarizada de cráneo
- e. Resonancia magnética cerebral
- f. Resonancia magnética cerebral funcional

7. CRITERIOS DE INGRESO

- Estado del paciente susceptible de regresar a su condición basal.
- Paciente inestable, con necesidad de monitoreo y tratamiento intensivo
- Paciente con una complicación médica o quirúrgica grave.

8. TRATAMIENTO

8.1 Medidas de emergencia

- Canalización de una vía venosa periférica, preferiblemente para la medición de la presión venosa central.
- Manejo sintomático (centrado en los síntomas que ponen en peligro la vida del paciente)
- Oxigenoterapia

- Control de presión arterial, frecuencia cardíaca, diuresis y temperatura.
- Monitorización cardíaca.
- Monitorización cardiorrespiratoria.
- Monitorización de signos vitales
- Proteger al paciente de traumatismos secundarios.

8.2 Vigilancia estrecha de posibles complicaciones

- Broncoaspiración.
- Trastornos respiratorios.
 - Mantenga al paciente seguro (evite caídas).
 - Control neurológico frecuente.
 - Administrar glucosa intravenosa en todo paciente con alteración del estado mental.

8.3 Ante un coma o convulsiones

- Trate con aspiración.
- Intubación.
- Ventilación mecánica.
- Tratamiento anticonvulsivante.
- Evite el exceso de fármacos sedantes, por las frecuentes depresiones respiratorias que se producen.

8.4 Instrucciones para casos especiales

- Estados agudos de angustia: Administrar benzodiazepinas.
- Convulsiones repetidas
- Trastornos metabólicos
- Hipoglucemia persistente y posibilidad de intoxicación con otras drogas.
 - Indicación de TAC craneal.

- Paro cardiaco:
 - Administrar 0.4 cc de adrenalina por vía intratraqueal.
 - Masaje cardiaco externo.
- Hipotensión:
 - Canalizar una vena y aplicar una solución de cloruro de sodio.
- Coma:
 - limpiar regularmente los ojos y la boca.
 - humectar la córnea.

TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS TÓXICOS (MANEJO DE URGENCIAS)		
Sustancia	Manifestaciones clínicas	Tratamiento específico
Alcohol	<p>Cambios conductuales desadaptativos, desinhibición de impulsos sexuales o agresividad, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y de la actividad social o laboral, lenguaje farfullante, logorrea, descoordinación, marcha inestable, rubor facial, cambio del estado de ánimo, irritabilidad, locuacidad y disminución de la capacidad de atención.</p> <p>Grado de alcohol en sangre de 150-200 mg/dl: ataxia y disartria, grave deterioro mental y físico, euforia, combatividad.</p>	<p>Monitorizar al paciente con vigilancia de la vía aérea y de la presión hemodinámica.</p> <p>No realizar un lavado gástrico en caso de intoxicación aguda, debido a la rápida absorción del etanol.</p> <p>No utilizar carbón activado, ya que no bloquear el etanol; únicamente debe considerarse su uso en caso de sospecha de administración conjunta de otras drogas.</p>

TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS TÓXICOS (MANEJO DE URGENCIAS)

Sustancia	Manifestaciones clínicas	Tratamiento específico
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • 200-300 mg/dl: náuseas, vómitos, diplopía, alteraciones del estado mental. • 300-400 mg/dl: generalmente produce coma, además hipotensión e hipotermia en personas que no beben habitualmente. • 400-900 mg/dl: rango letal, independientemente de que sea o no un alcohólico crónico. Nistagmus, déficit de atención, pérdida de la memoria, estupor o coma 	<p>En caso de convulsión: inyectar 10 mg de diazepam por vía IV, en un tiempo no menor de dos minutos y SOS. Loracepam 1-2 mg IV o IM. Tiamina 100 mg (ampolla), en dosis única y continuar con una dosis diaria de 100 mg por vía oral durante tres días.</p> <p>En caso de que no haya tiamina, administrar complejo b, 2 cc por cada 1000 cc de suero y vitamina C, así como 5 mg de ácido fólico cada 12 horas. Profilaxis de encefalopatía de Wernicke por alcohol:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiamina 100 mg en ampolla IV en dosis única. • 50 ml de glucosa al 50% por vía IV lenta. <p>En caso de consumo de opiáceos administrar naloxona: 0.01 mg/kg por vía IV, 50 ml de solución por minuto.</p>
Disolventes o volátiles “Simples asfixiantes”: -Pintura -Laca -Pegamentos -Aerosoles -Refrigerantes -Gasolina -Propano	<p>Manifestaciones respiratorias y neurológicas: Aleteo nasal, retracción intercostal, disnea, taquipnea, taquicardia, cianosis, atelectasias, neumonía, edema, hemoptisis, hipoxemia, hipocarbía, con progresión hacia hipercarbía y acidosis, atelectasia, derrames pleurales, neumatoceles o neumotórax.</p> <p>Alteraciones neurológicas (secundarias a la hipoxemia y acidosis causadas por la toxicidad pulmonar). Efectos cardiotóxicos con producción de arritmias fatales, fiebre alta, síntomas gastrointestinales.</p>	<p>Hacer énfasis en la auscultación. Administrar oxigenación según gasometría arterial.</p> <p>Intubación y ventilación mecánica.</p> <p>Desfibrilación, en caso necesario. Reposición de electrolitos. Fármacos fluidificantes.</p> <p>Si hay agitación: inyectar haloperidol 2.5-5 mg por vía IM cada seis horas. (No suministrar adrenalina).</p>

TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS TÓXICOS (MANEJO DE URGENCIAS)

Sustancia	Manifestaciones clínicas	Tratamiento específico
Benzodiazepina Ansiolíticos, hipnóticos y sedantes.	<p>Sedación, ataxia, somnolencia, disartria, nistagmus y pupilas mióticas o intermedias.</p> <p>Puede haber, además, hiporreflexia, hipotermia e hipotensión con taquicardia compensatoria, así como atetaxia.</p> <p>Ausencia de reflejo tusígeno (por las maniobras de descontaminación digestiva), ya que es la principal complicación de la intoxicación pura por BDZ, causante de morbimortalidad.</p> <p>Cuadros psicóticos en ancianos y convulsiones paradójicas en consumidores habituales de BDZ.</p>	<p>Monitorización constantes (TA, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria). Realizar una oximetría. Valoración del grado de consciencia. Valorar la presencia de cianosis. Ponderar el grado de depresión respiratoria e hipotensión.</p> <p>Administrar oxígeno con mascarilla. En caso necesario, recurrir a la intubación orotraqueal y a la ventilación mecánica.</p> <p>Si hay hipotensión, iniciar el aporte de fluidos intravenosos (fisiológico, expansores plasmáticos, etc.) y, si persiste, colocar un catéter de presión venosa central (PVC) y, en función de los hallazgos, insistir con el aporte de volumen e iniciar después la perfusión de un fármaco vasoactivo, si se considera necesario.</p> <p>Realizar un lavado gástrico (antes de retirar la sonda). Administrar flumazenil por vía IV en bolos de 0.2 a 0.3 mg, seguidos por 0.1 mg cada minuto, hasta un máximo de 1 a 2 mg durante un mínimo de 15 segundos. Luego, aplicar una infusión de 1 mg en 500 cc de solución, durante un período de 12 a 24 horas. Evitar la broncoaspiración y el desarrollo de atelectasia.</p>

TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS TÓXICOS (MANEJO DE URGENCIAS)

Sustancia	Manifestaciones clínicas	Tratamiento específico
Cannabis (marihuana)	<p>Euforia, relajación, taquicardia, dolor abdominal, vómito, dolores musculares y somnolencia.</p> <p>Dosis altas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la memoria a corto plazo. • Boca reseca. • Alteración de la percepción y destrezas motrices. • Enrojecimiento de los ojos. • Pánico. • Paranoia o psicosis aguda, lo cual puede ser más común en los nuevos consumidores o en aquellos que ya padecen de una enfermedad psiquiátrica. <p>Efectos secundarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial aguda con dolor de cabeza. • Retención urinaria. • Dolor torácico y perturbaciones del ritmo cardíaco. • Hiperactividad extrema y violencia física. • Ataque cardíaco. • Convulsiones. • Accidente cerebrovascular. <p>Desmayo súbito (paro cardíaco)</p>	<p>Controlar las reacciones de pánico.</p> <p>Administrar 1-2 mg de lorazepam por vía VO o IM. En caso necesario, repetir la dosis de 30 a 60 minutos después.</p> <p>Haloperidol, en dosis de 2.5-5 mg por vía IM.</p> <p>Convulsiones: administrar 10 mg de diazepam por vía IV. Para estimular la diuresis: inyectar 20 mg de furosemida por IV.</p> <p>Monitoreo cardíaco</p>

TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS TÓXICOS (MANEJO DE URGENCIAS)

Sustancia	Manifestaciones clínicas	Tratamiento específico
Cocaína El pronóstico depende de la cantidad de cocaína que se utilizó y de los órganos que resultaron comprometidos.	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad y agitación. • Presión o dolor en el pecho. • Dilatación de las pupilas. • Sensación de estar “em-briagado” (euforia). • Aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. <p>Dosis más altas: sudoración, temblores, confusión, hiperactividad y daño muscular, temperatura corporal seriamente elevada, daño renal, convulsiones, accidente cerebrovascular, latidos cardíacos irregulares y muerte repentina, depresión maníaca y esquizofrenia. Estos síntomas pueden ocurrir con cualquier uso de la cocaína.</p> <p>Puede presentarse daño permanente, con las siguientes manifestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convulsiones, accidente cerebrovascular y parálisis. • Ansiedad crónica y psicosis (trastornos mentales graves). • Disminución del funcionamiento mental. • Irregularidades cardíacas y disminución de la función cardíaca. • Insuficiencia renal que requiera diálisis (riñón artificial). • Destrucción de músculos que puede llevar a la amputación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los signos vitales, la temperatura, el pulso, la frecuencia respiratoria y la presión arterial. • Administrar oxígeno. • Suministrar líquidos por vía intravenosa. • Tratar la sintomatología.

TRATAMIENTO DE LOS EFECTOS TÓXICOS (MANEJO DE URGENCIAS)

Sustancia	Manifestaciones clínicas	Tratamiento específico
Opioides (heroína) Incluye: morfina, heroína, oxicodona y narcóticos opiáceos sintéticos (artificiales). Los opiáceos naturales se fabrican a base del jugo de la amapola (adormidura).	<ul style="list-style-type: none"> • Estado mental alterado (confusión o delirio). • Problemas respiratorios. (La respiración puede disminuir y, tras un tiempo, detenerse). • Somnolencia extrema o pérdida de la lucidez mental. • Náuseas y vómitos. • Pupilas pequeñas. • Abscesos en el sitio de la inyección • Pérdida de la lucidez mental. • Pérdida del conocimiento. • Disminución de la respiración. • Muerte 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar la sintomatología. • Vigilar los signos vitales, la temperatura y la presión arterial. • Administrar oxígeno. • Administrar una solución de glucosa al 5%. • Mantener el equilibrio hidroelectrolítico. • Acidosis: administrar 50 cc de bicarbonato de sodio por solución gota a gota. • Administrar 0.4 mg de naloxona-HCL por vía IM, hasta que la respiración se normalice.
Otros estimulantes		<ul style="list-style-type: none"> • Administrar Lorazepam 1-2mg VO o IM. En caso Necesario repetir de 30 minutos a 1 hora después.

TRATAMIENTO DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Sustancia	Características del síndrome de abstinencia	Medidas específicas
Alcohol	<p>Inicia entre las primeras seis a doce horas después del último consumo</p>	<p>Administrar 100 mg diarios de tiamina por tres días; después, una tableta diaria cada 24 horas.</p> <p>Para la abstinencia prolongada: 50 mg de naltrexona en tabletas diariamente, por vía oral. 200 mg de disulfiram diariamente, por vía oral. 10 mg de memantina cada 12 horas, por vía oral. Complejo B, como sustituto de la tiamina.</p>
Ansiolíticos tipo benzodiazepinas	<p>Las benzodiazepinas se caracterizan por un alto potencial adictivo, un alto abuso en el consumo y dependencia. Su uso requiere indicación médica, aspecto relevante para la prevención y control.</p> <p>La supresión puede llegar a ser una verdadera emergencia, a veces más grave que la de cualquier droga.</p> <p>Además de los signos y síntomas generales, el paciente debe presentar, al menos, tres de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temblor de lengua y párpados, o temblor fino distal en manos distendidas. • Náusea y vómito. • Taquicardia. • Hipotensión postural. • Agitación psicomotora. • Cefalea. • Insomnio. • Astenia, malestar y debilidad. 	<p>Para tratar el síndrome de supresión o abstinencia se debe considerar:</p> <p>Dosis diaria. Duración del tratamiento. Cinética de la eliminación. No suspender bruscamente el medicamento.</p> <p>La duración del síndrome puede variar entre cinco y 20 días según el tipo de benzodiazepina utilizado.</p> <p>Realizar un diagnóstico correcto.</p> <p>Proceso de desintoxicación.</p> <p>Abordaje del síndrome de abstinencia.</p> <p>Prevención de recaídas.</p> <p>El abordaje debe tomar en cuenta tres tipos de acción: 1. Estabilización del síndrome, mediante el uso de medicación sustitutiva o la misma Benzodiazepina que la persona está usando.</p>

TRATAMIENTO DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Sustancia	Características del síndrome de abstinencia	Medidas específicas
Ansiolíticos tipo benzodiazepinas	<ul style="list-style-type: none"> • Ilusiones y alucinaciones, trastornos visuales, táctiles o auditivos. • Ideación paranoide. • Convulsiones. • Delirio. 	<p>2. Reducción programada de la medicación sustitutiva o la misma Benzodezepina.</p> <p>3. Detección y manejo de problemática asociada que pueda complicar la condición del paciente.</p> <p>Para iniciar el tratamiento se aconseja, mantener la sustancia que la persona consume reduciendo la dosis de manera gradual aproximadamente del 5 al 10% de la dosis inicial por día o en días alternos, de tal forma que en un periodo de 10 a 14 días se logre la suspensión total, a fin de evitar consecuencias como las convulsiones, que generalmente se presentan entre el 2do y el 3er día, pero pueden aparecer tardíamente, entre el 7mo y 8vo días. La benzodiazepina de preferencia para hacer sustitución y reducción de dosis es el clonacepan.</p>
Cocaína	<p>A. Interrupción (o disminución) del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína.</p> <p>B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del criterio A, como son:</p> <p>1. Fatiga.</p>	<p>Una dosis de 150 mg al día del antidepressivo bupropion (Wellbutrin).</p> <p>Altas dosis de naltrexona (Naltimía): 100 mg por día.</p> <p>Cada 12 horas, 200 mg de carbamazepina.</p> <p>Cada 12 horas, 100 mg de topiramato</p>

TRATAMIENTO DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Sustancia	Características del síndrome de abstinencia	Medidas específicas
	<p>2. Sueños vívidos y desagradables.</p> <p>3. Insomnio o hipersomnia.</p> <p>4. Aumento del apetito.</p> <p>5. Agitación psicomotora.</p> <p>6. Retraso psicomotor.</p> <p>C. Los síntomas del criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes en la vida del sujeto.</p>	
Opiáceos	<p>A. Algunas de las siguientes posibilidades:</p> <p>1. Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) de opiáceos.</p> <p>2. Administración de un antagonista opiáceo después de un período de consumo de opiáceos.</p> <p>B. Tres (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen de pocos minutos a varios días después del Criterio A:</p> <p>1. Humor disfórico.</p> <p>2. Náuseas o vómitos.</p> <p>3. Dolores musculares.</p> <p>4. Lagrimeo o rinorrea.</p> <p>5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.</p> <p>6. Diarrea.</p> <p>7. Bostezos.</p> <p>8. Fiebre.</p> <p>9. Insomnio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo sintomático. • Medidas generales o de soporte. • Fármacos (antidepresivos, antipsicótico • anticomiciales), ácido valproico 500mg cada 12 horas, topiramato 100mg cada 12 horas • • Para atenuar el sistema simpático de abstinencia derivado del opio, es recomendable la clonidina 0.2mg por vía oral ó sublingual, sin exceder de 1 a 2 mg en 24 horas. • • Para iniciar el tratamiento con Naltrexona el paciente debe estar en abstinencia entre 7 y 10 días.

TRATAMIENTO DE ABSTINENCIA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		
Sustancia	Características del síndrome de abstinencia	Medidas específicas
	C. Los síntomas del Criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	

8.5 Tratamiento sintomático de las complicaciones :

a) Crisis de ansiedad, agitación y/o psicosis:

- Asegúrese que no existe hipoglucemia ni hipoxia.
- Administre diazepam, comenzando con 10 mg por vía intravenosa y continúe con una dosis de 5-10 mg IV, hasta que la agitación esté controlada.

b) Trastornos psicóticos inducido por sustancias psicoactivas:

Injecte haloperidol en dosis de 5 a 10 mg por vía intramuscular y/o IV, bajo observación.

c) Crisis convulsivas:

Aplique una dosis de 10 mg/kg de diazepam por vía intravenosa, en un tiempo no menor de dos minutos.

d) Complicaciones cardiovasculares:

Induzca la sedación del paciente, con el uso de benzodiazepinas.

e) Hipertensión arterial:

- Suministre un tratamiento con bloqueante en dosis de 1 mg (0,1 ml) por vía intravenosa, el cual puede ser repetido a los cinco minutos.
- Aplique una dosis inicial de 15 microgramos de nitroglicerina por minuto, por vía intravenosa.

f) Arritmias supraventriculares:

Administre benzodiazepinas y, si no se consigue el efecto deseado, utilice antagonistas del calcio.

g) Arritmias ventriculares:

- Utilice una dosis de 12 ml/kg de lidocaína y bicarbonato sódico, por vía intravenosa.
- No use antiarrítmicos

h) Síndrome coronario agudo:

- Administre:
 - Benzodiazepina, como agente de primera línea.
 - Nitroglicerina sublingual o intravenosa.
 - Evite los betabloqueantes.

i) Rabdomiolisis: es un marcador grave de la intoxicación.

El tratamiento consiste en administrar:

- Soluciones cristaloides como el suero glucosalino, a razón de 4000 ml cada 24 horas, ajustando el ritmo de perfusión para obtener una diuresis de 2-3 ml/kg/hora.
- Bicarbonato sódico 1M a 42 ml/hora, ajustando según función del pH urinario superior a 7.5.

- Una dosis inicial de 60 mg de furosemida por vía intravenosa, seguida de 20 mg cada seis horas.
- j) **Hipertermia:** es una complicación grave.
- Administre altas dosis de benzodiazepinas y medidas de enfriamiento, tanto internas como externas.

9. CRITERIOS DE EGRESO

Cuando la evolución ha sido satisfactoria y no requiere de vigilancia directa ni de monitoreo intensivo.

10. INFORMACION PARA EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES.

La información para el paciente y sus familiares incluye estrategias en múltiples direcciones, de manera que logren identificar los factores que inducen al uso de sustancias psicoactivas y puedan utilizar herramientas adecuadas y continuar con la recuperación:

1. Educar a la familia y al paciente sobre las complicaciones y consecuencias del uso y abuso de sustancias psicoactivas.
2. Motivar a la familia a involucrarse, tanto en el tratamiento como en el proceso de recuperación del proceso adictivo.
3. Acompañar el proceso de recuperación, mediante el uso herramientas como la terapia familiar o los grupos de autoayuda.

4. Recalcar a la familia la importancia de la comprensión, la intervención y la participación en el manejo de la enfermedad.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Publica Guia y Protocolo de Atencion en el Uso, Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Conductas Adictivas. Primera edición 2013, Republica Dominicana.
2. Comas Arnau D. Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional. Madrid, Ed Grupo GID; 2006.
3. Pereiro Gómez C (Editor). Monografía patología orgánica en adicciones. Adicciones 2006; 18(1). Páginas: 283.
4. Pereiro C. Reduce os riscos, diminue os danos. Santiago. Ed. Dirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia, 2002.
5. Sociedad Española de Toxicomanías. Tratado SET de trastornos adictivos. Madrid: Ed. Panamericana; 2006.
6. Juan José Fernández Miranda César Pereiro Gómez. Guía para el tratamiento de la dependencia de opiáceos 2012
7. Harris CR. Drogas. En: Harris CR, editor. Manual de toxicología para médicos. Madrid: Elsevier-Masson; 2008. P. 76-117 - www.FAD.org - www.uptodate.com

8. Jimenez Murillo L,Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias, 4ª ed, España, Elsevier 2010. p 682-694
9. Garcia Gil D, Mensa J, Dominguez B. Terapeutica Médica en Urgencias, 3ª ed, Madrid, Panamericana;2012 - www.energycontrol.es
10. Amigó M, et al. Eficacia y seguridad de la descontaminación digestiva en la intoxicación medicamentosa aguda. Med Clin (Barc) 2004;122(13):487-92 http://www.fad.es/sala_lectura/MismasDrogasDistintosRiesgos.pdf
11. Tratamiento de las intoxicaciones. Guía Farmacoterapéutica del Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Diciembre 2006 www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/bibliotecavirtual/farmacologia/guia_farmacoterapeutica/tratamiento_intoxicaciones.
12. P. Lorenzo, I. Lisazoain. Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, Ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). Adicciones (2003), vol 15, supl 2 51.
13. Albertson TE, Chan A, Tharratt RS. Cocaine. EN: Shannon MW, Borrow SW, Burns MJ, editors. Haddad and Winchester's Clinical management of poisoning and drugs overdose. 4ª ed.Filadelfia: WB Saunders Company; 2007;49:186-9.

14. Goldfrank, LR, Flomenbaum, NE, Hoffman, JR, et al. Goldfrank's toxicologic emergencies, neurotransmitters and neuromodulators, 8th Ed, McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2006.
15. Normas Minimas de Atencion en Salud al Uso y Dependencia a Sustancias. Serie de Normas N Primera edición acionales N0. 26 Eitora Buho. Republica Dominicana.
16. Phillips K, Luk A, Soor GS, et al. Cocaine cardiotoxicity: a review of thee pathophysiology, pathology and treatment options. Am J Cardiovasc Drugs 2009; 9: 177-196. www.cocaonline.org/info/
17. Derlet RW, Rice P, Horowitz BZ, Lord RV. Amphetamine toxicity: experience with 127 casa. J. Emerg Med 1989;7:157