

DEBATES EN ADICCIONES



NUEVAS DROGAS PSICOACTIVAS

Dr. D. Benjamín Climent Díaz
Servicio de Medicina Interna
Hospital General Universitario de València

València, 29 de marzo de 2022



DEBATES EN ADICCIONES

NUEVAS DROGAS PSICOACTIVAS

Dr. D. Benjamín Climent Díaz

**Unidad de Toxicología Clínica. Servicio de Medicina Interna.
Consorcio Hospital General Universitario.**

València, 29 de marzo de 2022



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA
REGIDORIA DE SALUT I CONSUM



**UPCCA
VALÈNCIA**



Cendoc Bogani



UISYS
Unidad de Información e
Investigación Social y Sanitaria

**VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA**

Editores:

Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Benjamín Climent Díaz

Rafael Aleixandre Benavent

Juan Carlos Valderrama Zurián

Agradecimientos:

Lourdes Castelló Cogollos

Andrea Sixto Costoya

Betlem Ortíz Campos

Edita:

Servicio de Adicciones

Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-València)

Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD)

Concejalía de Salud y Consumo

Ajuntament de València.

ISBN: 978-84-9089-435-4

Imprime: Zona Limite Castellón SL

Depósito Legal: V-2261-2022

Índice

Introducción	3
Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València-CSIC. Ingenio (CSIC-Universitat Politècnica de València).	
Dr. Juan Carlos Valderrama Zurián Catedrático de la Universitat de València. Director de la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València-CSIC.	
Inauguración	5
Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral Jefe de Servicio de Adicciones. Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA-València). Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD). Concejalía de Salud y Consumo. Ajuntament de València.	
Conferencia	9
Nuevas drogas psicoactivas	
Dr. D. Benjamín Climent Díaz Unidad de Toxicología Clínica. Servicio de Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario.	
Debate	40
Moderadores: Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent	
Preguntas: Los asistentes	
Respuestas: Dr. D. Benjamín Climent Díaz	

Introducción

Dr. D. Rafael Aleixandre Benavent

Investigador del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).
Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València-CSIC. Ingenio (CSIC-Universitat Politècnica de València).

Dr. Juan Carlos Valderrama Zurián

Catedrático de la Universitat de València. Director de la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València-CSIC.

Buenas tardes y gracias a todas y todos por su presencia en el día de hoy.

Nos gustaría destacar el término presencia, tal y como se recoge en la primera acepción del Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua: “Asistencia personal, o estado de la persona que se halla delante de otra u otras o en el mismo sitio que ellas”. Y es que en los últimos dos años y debido a la pandemia por la COVID-19, no hemos podido realizar presencialmente los **Debates en Adicciones** que venían reuniendo tanto a profesionales de las adicciones como al personal docente e investigador en este salón de actos del Palau de Cerveró de la Universitat de València.

Estos Debates nos han permitido formarnos en investigación básica, en epidemiología, en prevención y en políticas públicas en el campo de las adicciones, entre otras materias, pero sobre todo nos ha permitido contrastar en primera persona los conocimientos y opiniones sobre diversos aspectos que preocupan tanto a la sociedad como a los profesionales del área.

Si algo nos ha enseñado la pandemia es que si bien la formación puede hacerse online, no hay nada más enriquecedor que la presencialidad, pues al igual que un clínico necesita ver al paciente para valorar otros aspectos que se le escapan en una mera llamada telefónica, la presencialidad en la formación facilita la socialización y permite el desarrollo de habilidades socioemocionales y la creación de vínculos. Todo ello, favorece el establecimiento de nuevas líneas de trabajo o la creación de redes de colaboración.

Esperamos y deseamos que la presencialidad sea nuestra primera opción de cara al futuro, junto con otras actividades on-line como los webinaros que venimos realizando en la Universitat de València, l'Ajuntament de València, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Oficina de Estados Americanos (CICAD-OEA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y que nos permite ampliar nuestras perspectivas de las adicciones.

Si el último debate realizado por Mariano Montenegro, director del Plan Colombo Oficina para América Latina y el Caribe se centró en la necesidad de aumentar y mejorar las competencias técnicas en drogodependencias y priorizar la incidencia en las políticas, el Debate que se realiza hoy y en el que el ponente será el Dr. Benjamín Climent Díaz, nos acercará a las nuevas sustancias psicoactivas.

Se trata de unas sustancias que comenzaron a monitorizarse hace más de veinte años con el proyecto europeo financiado por la Comisión Europea-DG-SANCO “Development of an European «early identification function» for emerging drug phenomena”. En este proyecto tuvimos la ocasión de colaborar y posteriormente llevó al establecimiento del Sistema Español de Alerta Temprana por parte de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, conocido por su acrónimo SEAT.

La principal función de SEAT es identificar las nuevas sustancias o los precursores de los mismos. El SEAT define como nueva sustancia “*sustancias sintéticas o naturales no controladas por el derecho internacional y a menudo producidas para que imiten los efectos de las drogas controladas*”. Estas sustancias pueden generar consecuencias sobre la salud pública e incluso la muerte. Por eso, es muy importante el papel de SEAT en la difusión de información y consecuencias del consumo de estas sustancias y en el intercambio de información con el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías y la Europol.

Gracias, Benjamín Climent por tu presencia en el día de hoy con nosotros pues estamos seguros de que nos vas a transmitir un amplio conocimiento sobre los distintos tipos de nuevas sustancias psicoactivas, sus efectos y toxicidad, la sintomatología que ocasionan y cómo abordar las consecuencias de su consumo.

Por último, queremos agradecer a la Concejalía de Salud y Consumo del Ajuntament de València el apoyo al grupo UISYS de la Universitat de València para la realización de actividades relacionadas con la investigación, la formación y la difusión del conocimiento en el campo de las adicciones y, por supuesto, agradecer la presencia en mayúsculas de todas y todos ustedes en este Debate.

Inauguración

Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Jefe de Servicio de Adicciones

Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos. Unidad de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (PMD/UPCCA-València).

Concejalía de Salud y Consumo.

Ajuntament de València.

Buenas tardes y muchas gracias a todos y a todas por asistir de manera presencial a este Debate en Adicciones, organizado por el Servicio de Adicciones de la Concejalía de Salud y Consumo del Ajuntament de València y el Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero y la Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria (UISYS) de la Universitat de València-Consejo Superior de Investigaciones Científicas (UV-CSIC).

El título del Debate de hoy es **“Nuevas drogas psicoactivas”** y lo va a exponer el **Dr. D. Benjamín Climent Díaz** de la Unidad de Toxicología Clínica. Servicio de Medicina Interna del Consorcio Hospital General Universitario.

Disculpo la ausencia del Ilmo. Sr. D. Emiliano García Domene, Concejal de Salud y Consumo de l’Ajuntament de València, que por tener que acudir a otras obligaciones sobrevenidas, no puede estar aquí esta tarde con nosotros, como estaba previsto y que era su intención.

Como todos ustedes saben, en el año 2011 la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, publicó el Informe 6 que trataba de **“Drogas emergentes”**, poniendo de manifiesto que el mundo de las drogas de abuso y las sustancias psicoactivas se encontraban en continua evolución. El término de “drogas emergentes”, era muy pertinente y con él se pretendía englobar otras denominaciones como “drogas de síntesis”, “drogas de diseño” o “drogas recreativas”, que eran de uso generalizado, pero cuyo significado era poco preciso y podía inducir a confusión.

Desde entonces hasta ahora, se han realizado muchas publicaciones y se ha constatado sobradamente que el conocimiento de las tendencias actuales, de las sustancias utilizadas, de los patrones de uso, la toxicidad, así como el diagnóstico y el tratamiento, es imprescindible para todos los profesionales implicados en el abordaje clínico-terapéutico de las adicciones y de su prevención.

Desde hace muchos años, junto a la presencia de las sustancias de abuso “legales” y de las clásicas drogas ilegales, se han ido introduciendo y expandiendo otras sustancias químicas de características muy diversas. Los dispositivos asistenciales en adicciones no atienden un significativo número de casos en donde estén involucradas sustancias de nueva aparición, siendo principalmente los diferentes servicios de urgencias de los hospitales los que atienden las patologías secundarias a su consumo. Por otro lado, la gran variabilidad de los efectos de las nuevas drogas psicoactivas, así como el policonsumo de sustancias, supone uno de los principales riesgos actuales del consumo, dificultando aún más su abordaje clínico-terapéutico.

Con el agravante de que la mayoría de estas sustancias no son detectables en las analíticas toxicológicas habituales de orina y de sangre, obstaculizando además su diagnóstico, que por obligación ha de ser fundamentalmente clínico. Además, el uso de estas sustancias, algunas de las cuales no crean dependencia, no suelen, en muchas ocasiones originar demanda de tratamiento, lo que no significa que sean sustancias inocuas para el organismo.

Cada vez más, Internet ha desempeñado y desempeña un papel importante en la extensión de este fenómeno. Existe mucha y variada información en la red sobre la obtención, síntesis, identificación, consumo, efectos y comercialización de este tipo de sustancias psicoactivas, pero no siempre esta información es fiable y además tiene escaso rigor científico.

De estos temas, con mayor conocimiento y profundidad, nos hablará en este Debate en Adicciones, el Dr. D. Benjamín Climent Díaz que es Jefe Clínico de la Unidad de Toxicología Clínica del Servicio de Medicina Interna del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y que destaca por su amplia trayectoria y experiencia clínica, por sus publicaciones de capítulos de libros y de artículos científicos, que deseo relacionar aquí algunos, para conocimiento general y para su consulta.

- Drogas emergentes (III): plantas y hongos alucinógenos.

Guillermo Burillo Putze, Eduardo López Briz, Benjamín Climent Díaz, Pere Munné Mas, Santiago Nogué Xarau, Miguel Angel Pinillos Echeverría, R.S. Hoffman
Anales del sistema sanitario de Navarra, ISSN I I 37-6627, Vol. 36, N°. 3, 2013, págs. 505-518.

- Drogas emergentes (II): el pharming.

Guillermo Burillo Putze, Ana Aldea Perona, C. Rodríguez Jiménez, María del Mar García Sáiz, Benjamín Climent Díaz, Antonio Dueñas Laita, Pere Munné Mas, Santiago Nogué Xarau, R.S. Hoffman
Anales del sistema sanitario de Navarra, ISSN I I 37-6627, Vol. 36, N°. 1, 2013, págs. 99-114.

- Drogas emergentes (I): las «smart drugs».

Guillermo Burillo Putze, Benjamín Climent Díaz, José Luis Echarte Pazos, Pere Munné Mas, Óscar Miró Andreu, Jordi Puiguriger Ferrando, Paul I. Dargan
Anales del sistema sanitario de Navarra, ISSN I I 37-6627, Vol. 34, N°. 2, 2011, págs. 263-274.

- Bebidas energizantes.

Benjamín Climent Díaz, Marta C. Cancino Botello, Anka Dragoi
Revista española de drogodependencias, ISSN 0213-7615, N°. 4, 2013 (Ejemplar dedicado a: Drogas cotidianas), págs. 377-390.

- Implicación de la cocaína en la patología vascular cerebral.

José Miguel Pons Amate, Benjamín Climent Díaz, David García Escrivá, M.E. Carcelén Gadea, C. Guillén Fort
Revista de neurología, ISSN 0210-0010, Vol. 54, N° 11, 2012, págs. 664-672.

- Patología cardiovascular y neurológica secundaria al consumo de cannabis y cannabinoides sintéticos.

Benjamín Climent Díaz, Fernando Alonso Ecenarro
«Cannabis»: evidencia científica vs. controversia social / coord. por Manuel Isorna Folgar, Víctor J. Villanueva Blasco, Antonio Rial Boubeta, 2020, ISBN 978-84-1377-199-1, págs. 237-252.

- Repercusión de la legalización del consumo de cannabis en los servicios de urgencias hospitalarios.

Miguel Galicia Paredes, María Teresa Rubio Díaz, Benjamín Climent Díaz, Guillermo Burillo Putze

«Cannabis»: evidencia científica vs. controversia social / coord. por Manuel Isorna Folgar, Víctor J. Villanueva Blasco, Antonio Rial Boubeta, 2020, ISBN 978-84-1377-199-1, págs. 441-451.

- Cannabinoides sintéticos.

Guillermo Burillo Putze, María de los Angeles López Hernández, Benjamín Climent Díaz, Maira Almeida González

El consumo de cannabis y sus derivados: mitos, posverdades y desafíos / coord. por Manuel Isorna Folgar, Antonio Rial Boubeta, 2019, ISBN 978-84-1324-320-7, págs. 41-50.

- Patología orgánica relacionada con consumo de cannabis.

Benjamín Climent Díaz, Juan Andrés López Bueno

El consumo de cannabis y sus derivados: mitos, posverdades y desafíos / coord. por Manuel Isorna Folgar, Antonio Rial Boubeta, 2019, ISBN 978-84-1324-320-7, págs. 97-107.

Agradezco al Dr. Benjamín Climent su participación en este Debate, a los doctores Juan Carlos Valderrama y Rafael Aleixandre y a todo el personal del Servicio de Adicciones por su contribución a la organización del mismo, así como a todos ustedes, por su presencia en este Debate en Adicciones.

Tiene la palabra el Dr. Benjamín Climent Díaz.



Benjamín Climent, Francisco Bueno, Rafael Aleixandre y Juan Carlos Valderrama



CONFERENCIA

NUEVAS DROGAS PSICOACTIVAS

Dr. D. Benjamín Climent Díaz

Unidad de Toxicología Clínica. Servicio de Medicina Interna.
Consorcio Hospital General Universitario.

Conferencia

Dr. D. Benjamín Climent Díaz

Unidad de Toxicología Clínica. Servicio de Medicina Interna.

Consorcio Hospital General Universitario.

Buenas tardes.

Agradezco a la Concejalía de Salud y Consumo del Ayuntamiento de Valencia y a la UISYS de la Universidad de Valencia su invitación para participar en este Debate y particularmente a los doctores Francisco Bueno Cañigral, Juan Carlos Valderrama Zurián y Rafael Aleixandre Benavent, y al Concejel D. Emiliano García Domene.

Me he dedicado siempre al tema de las drogodependencias desde el punto de vista de la Medicina Interna, un punto de vista muy orgánico. Veo que en la sala hay psiquiatras, pero también profesionales que se ocupan de la prevención comunitaria. Algunos estaréis en las UCA, otros en las ONG u en otras Instituciones. Bienvenidos todos a este Debate.

Yo siempre lo comento, desde mi visión voy a exponer un tema muy médico pero trabajando con una mentalidad multidisciplinar, es decir, que yo trabajo mano a mano con los trabajadores sociales, con educadores, con psiquiatras, con psicólogos, y que esto es multidisciplinar, aunque veáis que la visión que yo os puedo dar es la de un internista dedicado a toxicología desde siempre. El tema de hoy es muy amplio y difícil de resumir, pero voy a ser lo concretar lo más posible y que mi intervención sea asequible a todos.

Vamos a dar una pincelada sobre las nuevas drogas psicoactivas, pero antes de comenzar debo decir, que no nos olvidemos que yo veo todos los días en el hospital son las consecuencias del consumo de alcohol. Es lo que nos lleva todos los días a tener enfermos ingresados en el hospital en todas las especialidades, porque a mí me llaman de todas las especialidades, no solamente los tengo yo para desintoxicar, sino cualquier especialidad tiene un paciente con daño secundario al alcohol y al tabaco.

Después ya vendrán las drogas clásicas ilegales y, por suerte, la prevalencia de las nuevas sustancias psicoactivas es muchísimo más baja. Pero no nos olvidemos, el alcohol está omnipresente en todos los pacientes que vemos en urgencias, con intoxicaciones o con cuadros patológicos asociados a este consumo de sustancias.

Respecto a las sustancias psicoactivas hay que decir que el mercado de las drogas de abuso se encuentra en continua evolución, con un gran dinamismo y capacidad de adaptación. Lo que estamos hablando hoy, mañana puede haber cambiado, vamos a ir siempre por detrás de lo que esté sucediendo en el mercado, porque este tiene una gran capacidad de adaptación.

Por lo que desde el punto de vista sanitario, nos enfrentamos a un enorme reto, tanto en la prevención del consumo, como en el diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones por estas sustancias. En Europa por tanto hay un infra diagnóstico de los problemas asociados

a las nuevas sustancias psicoactivas y, por supuesto, tenemos muy poca información sobre cómo tratar a nuestros pacientes.

Según la definición realizada por Naciones Unidas, **las nuevas drogas psicoactivas** serían *“Toda sustancia de abuso en forma pura o de preparado no incluida en la convención única sobre estupefacientes de 1961 ni en la convención sobre sustancias psicoactivas de 1971, pero cuya acción puede suponer una amenaza para la salud pública”*.

Pero, debemos tener en cuenta que hay muchísimas sustancias, de las cuales algunas no son nuevas, no son sustancias de síntesis o algunas tienen 80 años. Algunas son fármacos que ya no se utilizan o que en su día se sintetizaron como fármacos y se desecharon o que siguen siendo fármacos en la actualidad. También hay plantas, setas, hongos, etc. Pero lo más novedoso de todo esto son las formas de uso, la adquisición a través de Internet y de las redes sociales y la velocidad en la que van cambiando las formulaciones a fin de eludir esa ilegalización que las autoridades sanitarias van haciendo. Es decir, que esto conforme vas marcando el territorio con ilegalizaciones, van saliendo nuevas sustancias al mercado ilegal.

Los preparados más habituales que vemos son los comprimidos, pero también hay en cápsulas, polvo, gominolas, solución, papel secante, cristales, semillas, hojas, plantas desecadas hongos frescos o desecados.

La principal vía de consumo es la vía oral por ingesta o absorción mucosa, pero además se usan otras formas de consumo como: Inhalación o esnifado, intravenosa, “Slam” (“golpe”, uso de drogas por vía intravenosa durante las relaciones sexuales), ingesta envuelta en papel de fumar (“bombing”, “parachuting”), vía rectal en forma de enema (“booty bumping”, vía rectal o vaginal (“plugging”).



El Dr. Benjamín Climent durante su intervención

Estas nuevas sustancias, los patrones de uso están continuamente cambiando. El poli consumo es fundamental, no te vas a encontrar un consumidor de una sustancia en concreto, sino que en las sesiones recreativas hay uso de múltiples sustancias que pueden condicionar las consecuencias que luego vamos a ir viendo y ese poli consumo es fundamental que lo tengamos en mente los que vamos a atender, tanto en prevención o en tratamientos de deshabituación como en los servicios de urgencias. Por supuesto, existe una escasa percepción del riesgo y como ya sabemos, hay un desconocimiento absoluto de la composición de lo que se consume. En el mercado ilegal nunca se sabe lo que uno está consumiendo.

Los principales inconvenientes en la atención sanitaria de los pacientes con cuadros de intoxicación por nuevas sustancias psicoactivas son el desconocimiento por parte de los profesionales de la existencia de estas sustancias y de los efectos derivados de su consumo y la no disponibilidad de métodos de detección. Pero hay que tener en cuenta además que no existen antidotos específicos para la mayoría de estas sustancias y también que no existen muchas evidencias científicas sobre los efectos clínicos y tratamiento para el manejo de los problemas asociados a su consumo, ya que no se dispone de estudios científicos al respecto.

Clasificación de las nuevas sustancias psicoactivas.

Es muy difícil hacer una clasificación, por lo que nos debemos guiar por el **Sistema de Alerta Temprana Europeo EWS (Early Warning System)**, que es el que nos comunica los casos que se ven, tanto de intoxicados, como de la aparición de una nueva sustancia en el mercado europeo. Permite intercambiar información entre diferentes estados miembros sobre incidencias relacionados con nuevas sustancias.

Tenemos además el **Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)** del Plan Nacional sobre Drogas (PNsD) que ofrece una información actualizada sobre la presencia de drogas emergentes tanto en España como en Europa y envía la información a los responsables sanitarios de las diferentes Comunidades Autónomas para su difusión.



El problema que yo veo, es que en España seguimos careciendo de esos datos analíticos. Muchas veces las fuentes del SEAT son, sobre todo, de las entidades que tienen mejores medios, que son Aduanas y las Fuerzas de Seguridad del Estado, porque ellos sí que

disponen de poder hacer estudios de identificación de lo que han incautado. Entonces ahí, sí que podemos saber que está circulando una sustancia en nuestro país porque ha habido incautaciones de esa sustancia. Sin embargo, hay muy pocos hospitales en España, que puedan tener la identificación de una mínima cantidad de este tipo de nuevas sustancias. Después están los estudios forenses que, evidentemente, se realizan cuando ha habido un daño, casi siempre fatídico, y esos estudios sí que pueden darnos datos pero, casi siempre a posteriori, y estos datos no nos servirían para atender a un paciente.

Los grupos de nuevas sustancias de referencia utilizados por el SEAT y el EWS de la Unión Europea son:

- Aminoindanos
- Arilalkilamina
- Ariciclohexilaminas
- Benzodicepinas
- Cannabinoides sintéticos
- Cationonas
- Indolalkilaminas
- Opioides
- Feniletilaminas
- Piperacinas y derivados
- Piperidinas y pirrolidinas
- Plantas y extractos.
- Otros.

FENETILAMINAS
<u>CATINONAS</u> • Sintéticas: mefedrona, efedrona, metilona, butilona, fiefedrona • Derivadas de pirrolidifenonas: pirovadrona, MDPV, MDMPP, MDPBP, MDPPP
<u>SERIE DE LOS 2C</u> 2C-B, 2C-C, 2C-I, 2C-E
<u>BENZOFURANOS</u> 5-APB, 6-APB, 5-MAPB, 6-MAPB
<u>BENZODIFURANOS</u> Bromo-DragonFLY, 2CB-FLY
<u>NATURALES</u> Mescalina (San Pedro, peyote)
<u>SERIE DE LOS NBOME</u> 25C- NBOME, 25B-NBONE
<u>DERIVADOS DEL PIPRADROL</u> 2-DPMP, D2DPM
<u>ANFETAMINAS EMERGENTES</u> 4-MTA, 4-MA, 4-FA, 4-FMA
<u>CLÁSICAS</u> MDMA, MDA, MDE, MBDB, PMA, PMMA, Metanfetamina
<u>DIMETOXI Y TRIMETOXI ANÁLOGOS DE ANFETAMINA</u> DOM, DOB, DOI, DOC

De todas formas es una clasificación muy compleja, porque por ejemplo, el grupo de las **Fenetilaminas** se divide en un desplegable de numerosos grupos, que a su vez, incluyen diversas sustancias. Hay por tanto, una gran cantidad de posibles sustancias que puede consumir la gente en la calle y que muchas veces no saben lo que están consumiendo.

Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades 2021

Este informe recoge los datos del año 2020. Podemos observar que 830 sustancias estaban ya identificadas en el mercado europeo de drogas. Es una cantidad impresionante que no ha dejado de crecer. Realmente veremos este año 2022. En el mercado entran 400 sustancias cada año. En el año 2020 notificaron por primera vez 46 sustancias. Los principales grupos de sustancias identificadas en el mercado europeo son los cannabinoides sintéticos con 209 y las catinonas con 156 y otras sustancias 106. Todo esto no quiere decir que están las 830 sustancias disponibles en cualquier lugar y en cualquier momento. Eso no es así, ya que estamos en un mercado en el que de repente, en una ciudad o en un barrio circulan unas sustancias, en otro circulan otras y es cambiante según los países, y por eso todos los estudios epidemiológicos son muy importantes, incluidos los de aguas residuales.

Llaman la atención el elevado dato de los cannabinoides sintéticos, porque cuando empezamos a hablar de ellos en 2007 y 2008, decíamos que era como una alternativa menos nociva al cannabis y que esto ha dado un vuelco enorme.

Existe preocupación por el aumento de notificaciones de cannabis natural adulterado con cannabinoides sintéticos. Si uno ya es tóxico, esto conlleva una toxicidad muchísimo más importante. No tenemos datos en España, yo no conozco datos de mortalidad por cannabinoides sintéticos, pero en literatura médica hay descritas numerosas muertes secundarias por intoxicación por cannabinoides sintéticos.

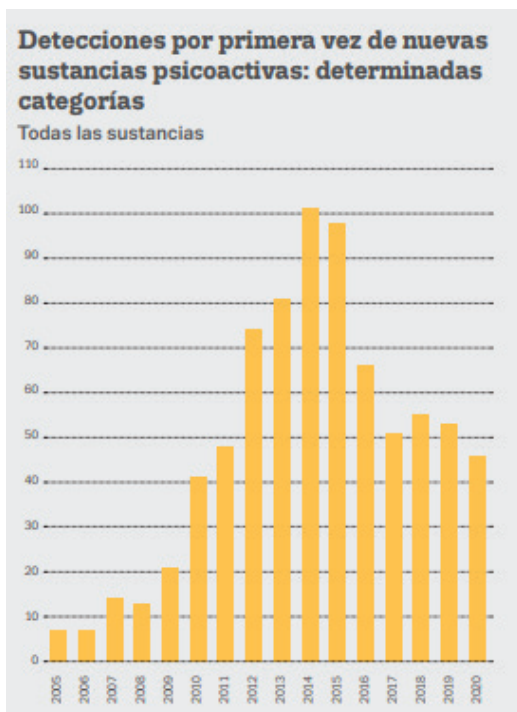


Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías



https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_ES0906.pdf





La detección por primera vez de nuevas sustancias psicoactivas fue muy importante durante los años 2012 a 2016, con 1100 sustancias detectadas el año 2014.

En este estudio se expone que entre los adultos jóvenes (15-34 años), la prevalencia del año 2020 osciló entre el 0,2 % y el 3,2 %, con una media del 1,1 % en los 12 países que disponen de datos. Y que el consumo de nuevas sustancias psicoactivas entre jóvenes de 15 a 16 años durante el año pasado osciló entre el 0,6 % y el 4,9 %, con una media ponderada del 2,4 %. La prevalencia es baja, pero se da en poblaciones muy jóvenes.

El **Estudio Euro-DEN Plus-219** realizado por el **Observatorio Europeo de Drogas** a partir de datos de los servicios de urgencias de hospitales europeos, se recoge la información sobre intoxicaciones por drogas. El **cannabis** natural fue la sustancia notificada con más frecuencia en Europa. Esta es la sustancia por la que más gente acudía a urgencias pidiendo ayuda, este es un dato importante, con el 26% de las visitas a urgencias por toxicidad aguda relacionada con drogas.

La **cocaína** fue la segunda sustancia más frecuente notificada en los hospitales con el 22% de las visitas a urgencias por toxicidad aguda relacionada con drogas. Este dato es curioso porque nosotros pensábamos que la toxicidad aguda de la cocaína era mucho más alta, sin embargo, es el cannabis la sustancia por la que más acuden a urgencias, en Europa.

La **heroína**, droga clásica por definición, es la tercera sustancia más frecuente notificada. Muy importante es el 16% de las visitas a urgencias, entramos en un mundo nuevo que ya no es

solo el de la heroína, sino el de nuevos opiáceos sintéticos que se han ido detectando. Entre los 67 nuevos opioides sintéticos detectados entre 2009 y 2020 se incluyen 10 de ellos notificados por primera vez en 2020. Aquí sí que tenemos un gran problema porque el 76% de las muertes por sobredosis, notificadas en la Unión Europea, estaban involucrados los opiáceos.

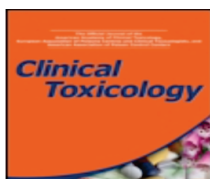
Habréis visto por los medios de comunicación todo el problema de la epidemia de opiáceos en Estados Unidos y Canadá. A nosotros, por suerte, no nos ha llegado esta epidemia, ya que ha había mucho control por parte de la administración en la prescripción de opiáceos y mucha formación y responsabilidad por parte de los médicos prescriptores. Sí que están circulando por España, nosotros hemos visto algún intoxicado por opiáceos, por heroína, pero ni el paciente ni nosotros sabíamos cómo había podido hacer una sobredosis. El paciente relata que siempre compra la misma cantidad de droga, usa siempre la misma dosis junto a un compañero, que por cierto fue lo que le salvó la vida, consume por vía respiratoria, pero hace una parada respiratoria inmediata. Esto lo veíamos antiguamente con la vía intravenosa, pero con la vía respiratoria es muy raro. Están mezclando sustancias, mezclan con la heroína opiáceos de este tipo, con lo cual, si eso está circulando, tenemos que estar preparados para futuras intoxicaciones muy graves por opiáceos.

La **anfetamina** fue la cuarta sustancia más frecuente notificada en los hospitales con un 12%. El **GHB** fue la quinta sustancia más frecuente notificada por los hospitales que está presente en el 10,6 % de las visitas a urgencias por toxicidad aguda relacionada con drogas y en el 27 % de los ingresos en cuidados intensivos. El GHB produce una clínica muy aparatosa, todos los pacientes que he visto por intoxicación por GHB han requerido ingreso en cuidados intensivos.

La **MDMA** fue la sexta sustancia más frecuente notificada y está presente en el 9,5 % de las visitas a urgencias por toxicidad aguda relacionada con drogas. En 6 de las 26 muertes hospitalarias notificadas se detectó la presencia de MDMA. Esta sustancia no ha desaparecido, sino que ha ido aumentando la pureza, es decir, la concentración del éxtasis en los comprimidos.

También se observa una preocupación cada vez mayor sobre el uso indebido de las **benzodiacepinas**, procedentes del uso terapéutico, o la aparición de benzodiacepinas sin autorización para uso médico en Europa en el mercado ilegal de drogas. Su uso en combinación con otras sustancias psicoactivas, incluidos los opioides y el alcohol, aumenta el riesgo de sobredosis mortal y no mortal, porque son depresoras del sistema nervioso central, y además esta clínica puede ir asociada a comportamientos violentos o anormales. En España el consumo de hipnosedantes es altísimo. Pero ahora nos encontramos con un problema añadido y es el que muchas benzodiacepinas sintetizadas por la industria farmacéutica no llegaron nunca a comercializarse, pero han pasado al mercado ilegal de drogas.

Estas sustancias consumidas solas producen diversos cuadros clínicos graves, que se incrementan cuando existe una variada combinación de consumos de sustancias.

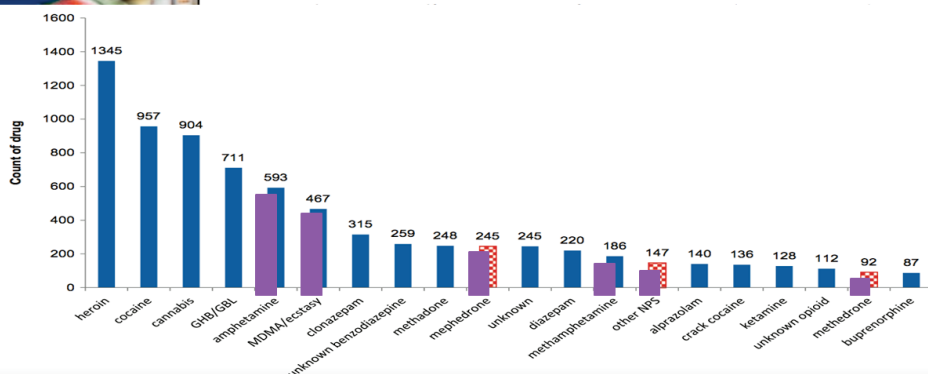


Clinical Toxicology (2015), 53, 893–900
Copyright © 2015 Informa Healthcare USA, Inc.
ISSN: 1556-3606 print / 1556-9519 online
DOI: 10.3109/15563606.2015.1088157



CRITICAL CARE

Acute recreational drug and new psychoactive substance toxicity in Europe: 12 months data collection from the European Drug Emergencies Network (Euro-DEN)



En España intentamos hacer un trabajo de recogida de datos y se creó la **Red de Estudio de Drogas en Urgencias Hospitalarias en España (REDUrHE)** en los servicios de urgencias hospitalarios, porque sabemos que hay un infra diagnóstico, para que cuando se sospeche de una intoxicación por nuevas drogas psicoactivas, se puedan recoger una serie de datos que nos sirvan para poder entender epidemiológicamente lo que está pasando en España. El problema que tuvimos era la identificación analítica. Si tú recoges datos y te dicen lo que han tomado, muchas veces ellos no lo saben, creen que han comprado tal cosa, pero no se sabe si lo que han comprado lleva eso o lleva más cosas o no lo lleva. Basarse en eso es muy difícil, pero la identificación es la gran asignatura pendiente que tenemos en España.

Vamos a hacer una segunda fase del proyecto donde vamos a incluir a más hospitales y entonces esperemos tener más datos de las incidencias relacionadas con el consumo de drogas en los servicios de urgencias en España. Por tanto, el objetivo de este proyecto es crear una Red para el estudio de las urgencias por drogas atendidas en los Servicios de Urgencias hospitalarios de España (REDUrHE), mediante la realización de un estudio epidemiológico y clínico. En dicho estudio se registran 45 variables, para su posterior explotación, englobadas en tres tipos de variable: C. categórica; T. tiempo; N. numérica:

1. HOSPITAL DE ASISTENCIA (C)
2. FECHA Y HORA DE LA ASISTENCIA (T): tipo día/mes/año hora/minutos (dd/mm/aaaa HH/MM). Podría convertirse en el análisis posterior en categórica (mañana, tarde, noche) o dicotómica (horario laboral y no laboral)
3. FECHA Y HORA DEL ALTA (T): tipo día/mes/año hora/minutos (dd/mm/aaaa HH/MM). Podría convertirse en el análisis posterior en categórica (mañana, tarde, noche) o dicotómica (horario laboral y no laboral)
4. DURACIÓN DE LA ESTANCIA EN URGENCIAS EN HORAS (N)

5. ALTA DESDE URGENCIAS (C): Variable categórica excluyente diferenciada en Alta médica, Alta voluntaria, Ingreso en UCI, Ingreso en psiquiatría, Ingreso en otro servicio, Muerte, No recogido, Desconocido.
6. FALLECIDO EN URGENCIAS (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
7. EDAD (N): podría convertirse en categórica o dicotómica en el análisis posterior.
8. SEXO (C): variable excluyente diferenciada en: Hombre/Mujer.
9. LLEGADA A URGENCIAS EN AMBULANCIA (C): variable categórica excluyente diferenciada en Si/No
10. COINGESTA DE ETANOL? (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
11. SUSTANCIA/S CONSUMIDA/S (C): Se reflejarán la/s sustancias consumidas referidas por el paciente.
12. Parada cardíaca? (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
13. Lactato mmol/L (N)
14. Temperatura grados Centígrados (N)
15. Nivel de conciencia GCS o Alerta / Somnoliento / Coma
16. Frecuencia cardíaca lat/min (N)
17. PA Sistólica mmHg (N)
18. PA Diastólica mmHg (N)
19. Frecuencia respiratoria resp/min (N)
20. Vómitos (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
21. Hipertermia (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
22. Cefalea (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
23. Ansiedad (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
24. Alucinaciones (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
25. Agitación/ Agresión (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
26. Psicosis (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
27. Convulsiones (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
28. Síntomas cerebelosos (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
29. Palpitaciones (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
30. Dolor torácico (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
31. Hipertensión (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
32. Hipotensión (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
33. Arritmias (C): Variable excluyente diferenciada en Si/No
34. Arritmias texto libre
35. Menor nivel de conciencia: GCS o Alerta/Somnoliento/Coma
36. Otros comentarios
37. Tratamiento necesario? Seleccionar

- 38. Intubado (C):Variable excluyente diferenciada en Si/No
- 39. Sedación (C):Variable excluyente diferenciada en Si/No
- 40. Naloxona (C):Variable excluyente diferenciada en Si/No
- 41. Flumazenilo (C):Variable excluyente diferenciada en Si/No
- 42. Otro antídoto (Texto libre)
- 43. Confirmación analítica (C):Variable excluyente diferenciada en Si/No
- 44. Resultados analíticos (Texto libre)
- 45. Cualquier comentario del caso (Texto libre)



DIAGNÓSTICO

Tenemos siempre un gran reto clínico que es cuando se nos dice “...tóxicos negativos en orina...”. Esto lo comento con mis residentes, que no pueden venir y decirme “tenemos tóxicos negativos en orina, y no sé qué pasa y no sé qué ha pasado”. Con esa afirmación tú con eso no descartas nada, porque como ya sabéis, las analíticas están muy limitadas en los análisis de orina que hacemos a los pacientes. El laboratorio presta escasa ayuda. Por lo que hay que ver lo que pasa preguntando al consumidor de drogas o a su acompañante por el patrón de consumo.

Recuerdo que hace unos años, al principio de los cannabinoides sintéticos, me llamó uno profesional que trabajaba en un centro de menores, y me comentó que estaba pasando algo raro, porque los menores salen del centro el viernes de permiso, se van a casa, vienen el domingo por la tarde y vienen fatal, están intoxicados, han tomado algo. Les hacemos los análisis y sale todo negativo. Pregunta ¿Qué puede ser? La respuesta era otra pregunta ¿Qué cuadro clínico tienen? Clínica de cannabinoides. Pues ya lo tenemos, adolescentes, fin de semana, cuadro clínico de cannabinoides, pues consumo de cannabinoides sintéticos que no se detectan con las analíticas que tenemos.

Por lo tanto, las sustancias hay que buscarlas, se lo digo a los médicos de urgencias, siempre hay que buscarlas, preguntar por los consumos, interpretar la clínica, porque el laboratorio nos va a ayudar muy poco.

Si hemos dicho que habían 830 sustancias, que no se las sabe de memoria ninguno, nadie, pero dices, ¿Cómo afrontamos un problema de 830 sustancias o más, sumando además más las drogas clásicas? Pues nosotros tenemos que, desde el punto de vista médico, conocer la clínica e interpretar los toxíndromes, porque lo que aparece en las películas, no nos va a servir nunca para ayudarnos en asistencia a nuestros pacientes.



El diagnóstico siempre lo vamos a pasar en la anamnesis, en la entrevista, la exploración, y tener en cuenta una cosa, siempre va a haber poli consumo de sustancias y pueden haber tanto drogas legales como el alcohol, drogas ilegales clásicas como puede ser la cocaína, más sustancias que en un momento determinado pueden aparecer en una zona y provocar una intoxicación. Entonces, los cuadros clínicos por eso pueden cambiar, y entonces nos tenemos que guiar por estos toxíndromes, que son un conjunto de síntomas y signos que nos orientan etiológicamente hacia el grupo de sustancias.



Toxíndromes: Conjunto de signos y síntomas que, conociendo o no el producto desencadenante, nos orientan hacia el origen tóxico del cuadro, o hacia el grupo toxicológico implicado.

Toxíndromes Básicos:

Síndrome anticolinérgico.

Síndrome colinérgico.

Síndrome sedativo:

- Síndrome hipnótico (etanol/sedantes).
- Síndrome narcótico (opiáceos).

Síndrome simpaticomimético:

- Síndrome serotoninínico.

Variantes Específicas:

Síndrome asfixiante

Síndrome extrapiramidal.

Síndrome alucinógeno/delirante.

Síndrome por exposición a solventes.

Síndrome irritativo respiratorio.

Hipertermia.

Síndrome de abstinencia al etanol/sedantes.

Síndrome de abstinencia a opiáceos.

Principales "toxíndromes" por drogas de abuso		
Síndrome	Clinica	Sustancias
Adrenérgico o simpaticomimético	Excitación psicomotriz, <u>hiperalerta</u> , alucinaciones, <u>paranoias</u> . Taquicardia, HTA, midriasis, diaforesis, convulsiones, hipertermia, temblores, hiperreflexia, arritmias.	Cocaína. Feniletilaminas y derivados. MDMA (éxtasis) y relacionados. Piperazinas. <u>Catinonas: Khat, efedrona, mefedrona.</u> Betel. <u>Kratom</u> (dosis bajas). Sustancias pharming: metilfenidato, <u>modafilina</u> , dextrometorfano (dosis bajas). Hongos género <u>Psilocybes</u>
Colinérgico	Confusión, coma, bradicardia, hipertensión o hipotensión, taquipnea o bradipnea, salivación, incontinencia urinaria y fecal, diarrea, vómitos, diaforesis, lagrimeo, retortijones, <u>broncoconstricción</u> , <u>fasciculaciones</u> , debilidad, convulsiones.	Hongos: <u>amanita muscaria y pantherina</u> .
Anticolinérgico	Hipervigilancia, agitación, alucinaciones, delirio, coma. Midriasis. Hipertermia, taquicardia, hipertensión, taquipnea Piel y mucosas secas, disminución ruidos intestinales, retención urinaria, <u>mioclonias</u> , <u>coreoatetosis</u> , convulsiones.	Solanáceas : <u>daturas</u> (estramonia), <u>belladona</u> <u>escopolamina</u> , <u>beleños</u> (burundanga).
Serotoninérgico	Alteración del estado mental, agitación, <u>mioclonias</u> , hiperreflexia, diaforesis, escalofríos, temblor, diarrea, incoordinación, hipertermia, taquicardia, taquipnea, alteraciones TA.	MDMA (éxtasis), Feniletilaminas y derivados LSD Algunos derivados opiáceos: <u>meperidina</u> o <u>petidina</u> , <u>tramadol</u> , <u>fentanilo</u> , <u>pentazocina</u> , <u>dextrometorfano</u> . Piperazinas. Algunas plantas (ruda).

Alucinatorio	Alteraciones cognitivas, conductuales y sensoriales, posible estado disociativo.	Cannabis y cannabinoides sintéticos. Extractos vegetales: <u>triptaminas</u> (ayahuasca, hongos, iboga) y Feniletilaminas LSD. Disociativos: <u>Ketamina</u> y derivados, <u>fenciclidina</u> , <u>dextrometorfano</u> (dosis altas). <u>Salvia divinorum</u> . Solanáceas.
	Ataxia, vértigos, convulsiones.	
Hipnótico-sedante	Disminución del nivel de conciencia, confusión, hipoventilación, bradicardia, hiporreflexia, hipotermia. Miosis en opiáceos.	Alcohol GHB Opiáceos Ketamina y derivados. <u>Kratom</u> (dosis altas). Algunas variedades de cannabis y <u>cannabinoides sintéticos</u>



CANNABINOIDES SINTETICOS

Son sustancias de síntesis que interactúan con los receptores cannabinoides para mimetizar acciones análogas a los cannabinoides naturales. Tienen las siguientes características:

- Difieren del cannabis en su potencia y efectos clínicos.
- Típicamente se pueden presentar en disolución que se pulveriza a hierbas para ser fumadas, pero también pueden ser ingeridos, esnifados o en vapeo.
- Pueden encontrarse mezclados con otras sustancias o drogas psicoactivas.
- Variabilidad en la presentación de efectos tóxicos, siendo multifactorial dependiendo de los compuestos, dosis, idiosincrasia, etc.
- ¿Hacia un nuevo Toxsíndrome que oriente a su diagnóstico?
- Aumento de evidencias de complicaciones cardiovasculares, neurológicas y psiquiátricas.
- Identificación en laboratorio.
- Consumo de cannabinoides sintéticos como problema de salud pública emergente.
- Difusión de consumo entre adolescentes y adultos jóvenes.
- Tratamiento sintomático.
- Se desconoce toxicidad crónica.

Hay un gran consumo de cannabinoides sintéticos junto con cannabis natural, que son un producto químico que va a interactuar con los receptores cannabinoides, los CBI

principalmente, para mimetizar esas acciones análogas, pero difieren mucho del cannabis natural porque son mucho más potentes. Cuando empezábamos a hablar del cannabinoide sintético, en el 2008, parecían como una especie de placebo o de droga sin apenas efectos. No tienen nada que ver con los ultrapotentes que están ahora circulando. Estos se llaman de tercera o cuarta generación. Son de una potencia exagerada que pueden llegar algunos de ellos a tener una afinidad por los CB1 ochocientas veces superior al tetrahidrocannabinol (THC), con lo cual estamos hablando de un mundo nuevo en cuanto a los efectos, y por tanto, a las consecuencias.

Normalmente se consumen pulverizados, es una disolución que se pulveriza a hierbas para ser fumadas, aunque se pueden consumir esnifados, vapeando o también por vía oral; pero los que más he visto en Valencia han sido consumos de disolución que se pulveriza. Por lo que se hacen muchas mezclas, se mezclan cannabinoides sintéticos con otras sustancias psicoactivas como las catinonas, con lo cual ahí la toxicidad se multiplica. La variabilidad de las presentaciones es importante porque no sabes realmente qué compuesto es el que ha consumido en ese momento el paciente y, cada vez tenemos más evidencias de la toxicidad, ya no solo del cannabis natural, sino de los cannabinoides sintéticos.

En el **Síndrome de Deprivación a Cannabinoides Sintéticos**, se ha descrito tolerancia y síndrome de deprivación con el uso prolongado. El cuadro clínico típico cursa con insomnio, pesadillas, ansiedad, inquietud, náuseas, dolor en piernas, sudoración, anorexia y craving intenso. Sin embargo, con los cannabinoides sintéticos ultrapotentes estamos asistiendo a un rápido desarrollo de trastorno por consumo de sustancia grave con rápida tolerancia y síndrome de deprivación en las primeras fases postconsumo.

Cada vez tenemos más evidencias de daño cardiovascular, neurológico y psiquiátrico, es una terna de las complicaciones que podemos encontrarnos en un intoxicado por cannabinoides sintéticos. Las características del consumidor de cannabinoides sintéticos son: paciente joven o adolescente con síntomas psiquiátricos en urgencias, con manifestaciones cardiovasculares que pueden ser taquicardia, hipertensión y neurológicas que muchas veces recuerdan a un ictus, a una falta de riego sanguíneo que realmente es por un vaso-espasmo, por lo cual recuerdan síntomas neurológicos. Ante esta situación debemos pensar en cannabinoides sintéticos siempre. No los podemos identificar en el laboratorio. Es un problema de salud pública importante porque está afectando a poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes. No sabemos de patologías crónicas, pero sí que produce un grave síndrome de abstinencia, cuyo manejo en ocasiones no es fácil.

CATINONAS

Constituyen un amplio grupo de sustancias que pueden producir efectos similares, diferentes y en algunas ocasiones exclusivos, esto es porque sus mecanismos de acción no son completamente idénticos. Por lo tanto, no representan un grupo homogéneo de agentes y deben ser considerados toxicológicamente caso por caso. Son sustancias psicoestimulantes, muy simpático-miméticas, que producen cuadros de agresividad, agitación, ataques de pánico, episodios paranoides severos con heteroagresividad y automutilaciones. Son pacientes predecibles e incontrolables, en el marco de un cuadro de delirium ("*excited delirium syndrome*").

Los análisis de rutina no sirven para detectar las catinonas. Los tenemos que hacer siempre, para detectar otras sustancias, pero tenemos que sospechar que un paciente sin antecedentes psiquiátricos, que viene a urgencias por un cuadro de agitación psicomotriz o un cuadro de psicosis, con cuadros simpaticomimético, es decir, que tiene taquiarritmias, hipertensión arterial, a veces han convulsionado, siempre hay que pensar en este tipo de sustancias.

NUEVOS OPIACEOS

Entre los 67 nuevos opioides sintéticos detectados entre 2009 y 2020 se incluyen 10 de ellos notificados por primera vez en 2020. **Fentanilos, solos o mezclados con heroína u otros opiáceos.**

Tienen las siguientes características: Alta potencia. Alto riesgo de sobredosis independiente de la vía de administración (nasal, oral, intravenosa). Muerte repentina tras la administración. En muchos casos de muerte repentina no llega a detectarse el metabolito norfentanilo, que aparece en unos minutos tras la administración.

ANALOGOS DE FENTANILO O FENTANILS NO FARMACOLOGICOS

En los últimos años se han identificado nuevos análogos con importante toxicidad y mortalidad. :

Acetil fentanilo.

Ocfentanilo.

Ciclopropilfentanilo.

Butyryl fentanilo.

Beta-hidroxi-thio-fentanilo.

Ciclopentanilfentanilo.

Furanilfentanilo.

Benzodioxole fentanilo.

Tetrahidrofuranyl fentanilo

Etc.

Estos opiáceos sintéticos ya se dividen en varios subgrupos llamados análogos de fentanilo o fentanilos, no farmacológicos. Todo esto viene a colación como consecuencia de la epidemia de los opiáceos de Estados Unidos. Su origen fue la prescripción errónea de opiáceos para dolores crónicos o para dolores que no tenían indicación médica, incentivada además por la industria farmacéutica, lo que generó que millones de personas los usaran, acarreando tolerancia y dependencia. Cuando detectan miles y miles de dependientes, empiezan a restringir la prescripción. Entonces la gente que hace, unos pasan a la heroína, mucha gente pasó del opiáceo, del fármaco, a la heroína y el mercado se adapta. Empiezan a aparecer copias de fentanilo y a partir de las copias de fentanilo y de oxicodona empiezan a aparecer los que llamamos análogos de fentanilo no farmacológicos, que son sustancias que son de síntesis y no están comercializadas. No tenemos estudios de la mayoría de ellas y son de alta potencia.

Solo he tenido un caso, que me mandaron los oncólogos cuando se utilizaban los opiáceos y su tratamiento no me genera ningún problema.

La alerta sobre los derivados del fentanilo en los consumidores de heroína, viene motivada porque la utilización del fentanilo o de sus derivados como adulterantes de la heroína que fue sido constatada en Estados Unidos, donde la identificación de muestras que contenían heroína y fentanilo o sus derivados ha aumentado de forma llamativa en los últimos años. La posible presencia de derivados del fentanilo como componente adicional o adulterante de la heroína aumenta considerablemente el riesgo de intoxicación en consumidores de heroína, incluso en aquellos con consumo habitual y tolerancia a los opioides. Asimismo, complica también el manejo farmacológico de una posible sobredosis, dificultando la reversión de la depresión respiratoria y requiriendo dosis más elevadas y repetidas de naloxona. La combinación de los derivados del fentanilo o de sus derivados con cualquier otra sustancia depresora del sistema nervioso central (alcohol, benzodiacepinas, otros opioides como la heroína, ketamina u otros) potencia los efectos de ambas sustancias y aumenta las posibilidades de sufrir sedación intensa y pérdida de conocimiento, así como intoxicación grave e incluso la muerte. La combinación del fentanilo o de sus derivados con otras drogas de abuso con efectos estimulantes entraña también un riesgo elevado por no ser posible prever los efectos de tales combinaciones. El policonsumo de sustancias está muy presente en estas adicciones, con el riesgo extremo de que se produzcan reacciones adversas e incluso la muerte asociada al policonsumo.

OPIACEOS SINTETICOS NO DERIVADOS FENTANILO

Están saliendo otras sustancias de síntesis denominadas opiáceos sintéticos no derivados del fentanilo, cuyas principales son:

2-fluoro-viminol.

AP-237.

2-methyl-AP-237.

Piperidylthiambutene.

Furanyl UF-17.

Isotonitazene

Etc.

CARFENTANILO

Es un derivado con cien veces más potencia que el fentanilo, que es utilizado en veterinaria para inmovilizar animales. Apenas hay estudios sobre el mismo, pero sabemos que ha provocado muertes por sobredosis en Estados Unidos, Canadá y Europa. En Estados Unidos se utiliza como adulterante o sustituto de heroína y de fentanilo para venta en la calle. Esto puede provocar la muerte inmediata. Este tipo de opiáceos se sintetizaron en su día como armas químicas. Luego se descatalogaron y se fueron difundiendo.

En octubre de 2002 se produjo la toma del Teatro Dubrovka de Moscú por entre 40 y 50 terroristas chechenos armados que afectó a 850 rehenes y terminó con la vida de al menos 170 personas, todos los asaltantes y unos 130 rehenes. Para el rescate los servicios de

seguridad rusos difundieron un agente químico no revelado en el sistema de ventilación del edificio y comenzó la operación de rescate. El problema es que no estaban preparados para hacer tratamientos a las víctimas de la intoxicación. Se dijo que los médicos habían utilizado naloxona como antídoto para salvar a los rehenes, por lo que se infiere que el gas utilizado era un compuesto a base de opiáceos posiblemente carfentanil.

ToxTidbits



September 2016

Poison Center Hotline: 1-800-222-1222

The Maryland Poison Center's Monthly Update: News, Advances, Information

Carfentanil

"Heroin is Being Laced with a Terrifying New Substance"
"DEA Sounds Alarm on Elephant Tranquilizer"
"Deadly Opioid Overwhelms First Responders and Crime Labs in Ohio"

These are just a few of the many news headlines that have been appearing in recent weeks, all concerning the potent fentanyl analogue, carfentanil. Carfentanil (Wildnil®) is a sedative/anesthetic agent for elephants, polar bears, and other large exotic animals. It is classified as a Schedule II controlled substance in the U.S., but is not approved for human use. In recent months, carfentanil has surfaced in communities, mixed with heroin or sold as heroin. In August and September 2016, Ohio police linked carfentanil to opioid overdoses, and the first indictments for selling carfentanil in the U.S. occurred on September 21 in Cincinnati. Other states, primarily in the mid-west and southeast, are also reporting carfentanil drug seizures and overdoses, some yet to be confirmed. A one kilogram package of carfentanil, capable of producing millions of fatal doses, was seized at a British Columbia airport in late June 2016 bound for Calgary from China.

Carfentanil is 10,000 times more potent than morphine, 5,000 times more potent than heroin, and 100 times more potent than fentanyl. The lethal dose is unknown. However, it's estimated that 2 milligrams of fentanyl can be fatal, therefore as little as 200 micrograms of carfentanil might be lethal, a dose that is 1/100th of the amount shown next to the penny in the photograph. Overdoses present with signs and symptoms likely to be seen with other opioids, primarily CNS depression, respiratory depression and constricted pupils. Naloxone is an opioid antagonist and should reverse the effects of carfentanil overdoses, but it has been suggested that large doses might be required. Patients should be observed for recurring opioid effects for 2-24 hours after naloxone administration (*Ann Emerg Med* 2003;41:700-705). Typical urine drug tests will not identify carfentanil. Post-mortem testing for fentanyl analogues occurs in most states, but very few labs are able to test for carfentanil or have reference materials to identify it.

There is concern that first responders such as law enforcement officers and EMS providers could develop toxicity if exposed to potent opioids such as fentanyl and its analogues, especially carfentanil. Many agencies are recommending that field-testing of suspected heroin be suspended. The Drug Enforcement Administration (DEA) released a safety alert about carfentanil on September 22, 2016 (www.dea.gov/divisions/hq/2016/hq092216.shtml). An American College of Medical Toxicology/American Academy of Clinical Toxicology position statement approved July 2017 (www.acmt.net/resources_position.html) states that incidental dermal absorption of fentanyl is unlikely to cause opioid toxicity (updated August 7, 2017). However, because of the potency of carfentanil and fentanyl analogues, only trained first responders should handle substances suspected of being illicit drugs.



2 mg of powder shown next to a penny (DEA)

Did you know?

Aerosolized carfentanil has been studied and used as an incapacitating or calimative agent?

In October 2002, Chechen rebels seized a Moscow theatre, taking more than 800 hostages. The Chechens threatened to blow up the theatre if their demands were not met. The Russian military used a gas to incapacitate the rebels before storming the theatre. Hundreds of hostages were transported to hospitals, many with classic opioid overdose effects. Physicians reported that naloxone reversed the effects in many patients; however, 127 hostages died and more than 650 required hospitalization. Although Russia said later that a fentanyl derivative was in the gas, evidence strongly suggests that carfentanil and an anesthetic such as halothane was used.

Ann Emerg Med 2003; 41: 700-705.
J Anal Toxicol 2012; 36: 647-56.



@MPCToxTidbits

BENZODIAZEPINAS NO FARMACOLOGICAS

Aparición de nuevas sustancias psicoactivas pertenecientes al grupo de los benzodiazepinas. Algunas son ofertadas como copias de otros benzodiazepinas muy usadas (alprazolam) utilizando canales de venta ilegal de drogas o bien por vía online.

No hay información sobre las características de algunas de estas sustancias, por lo que las propiedades farmacocinéticas, potencia, efectos clínicos y toxicidad no están definidas en muchas de ellas. Pueden poseer alta potencia. Típicamente se distribuyen en comprimidos parecidos al diazepam, “street valium”. Se han encontrado en comprimidos junto a opiáceos sintéticos y escopolamina.

BENZODIACEPINAS

Su uso en combinación con otras sustancias psicoactivas, incluidos los opioides y el alcohol, aumenta el riesgo de sobredosis mortal y no mortal y puede ir asociada a comportamientos violentos o anormales.

Entre ellas destacan el norfludiazepam, cinazepam, flunitrazepam, diclozepam, flubromazepam, etizolam, flualprazolam y clonazolam, entre otras.

GHB. GAMMAHIDROXIBUTIRATO

Propiedades euforizantes, hipnóticas y entactogenas. El GHB es un anestésico que se ha utilizado en medicina, que no ha dejado de utilizarse para algunas cosas, que vuelve a la primera plana como fármaco, y lo comento aquí porque sí que vemos en algunas ocasiones intoxicados en el hospital por GHB. Como anestésico que es, produce una depresión del nivel de conciencia. El contexto típico de su consumo es en combinación con otras sustancias: alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas, ketamina y éxtasis. Se busca la disminución de cansancio, ya que el GHB es euforizante. Gammabutirolactona (GBL) y 1,4-butanediol (1,4-BD) son los solventes usados en la industria a partir de los cuales se puede obtener el GHB fácilmente. Los consumos están limitados a subpoblaciones determinadas por lo que hay mucha dificultad para evaluar las tendencias. Hay un aumento del número de emergencias secundarias al uso, que en ocasiones se lo habían añadido a las bebidas alcohólicas, sin saberlo, por lo que una alta proporción requieren de asistencia hospitalaria. Su consumo puede producir coma profundo, hipotónico e hiporrefléxico, con hipoventilación y midriasis. En los consumidores crónicos de esta sustancia se produce tolerancia y dependencia.



El GHB siempre nos lo vamos a encontrar en contextos típicos de consumo con alcohol, sobre todo, pero también con otras sustancias estimulantes. El GHB es una sustancia que cuando se pasa de dosis y se provoca la intoxicación es muy grave porque va a provocar un

coma. Los comas, son de corta duración, porque es un anestésico que ya está sintetizado para que en menos de una hora el efecto se les pase a los enfermos quirúrgicos. Es gente que te la traen del centro de ocio en coma, que tiene que ir el SAMU para que los reanime, que muchas veces vienen intubados al hospital y que en 30 o 45 minutos, el paciente de repente se despierta; algunos se quitan la intubación y los goteros, y piden el alta voluntaria. Cuando ingresan, piensas en el coma etílico, pero en muchos casos los niveles de alcohol son bajos, por lo que dudas si es debido al alcohol y por eso hay que pensar en el GHB. Los casos que hemos tenido han sido siempre accidentales porque les han puesto GHB en la bebida, con el ánimo de poderlo pasar todos mejor y, de vez en cuando hay algún joven al que le sienta mal el GHB.

KETAMINA

El clorhidrato de ketamina es una arilciclohexilamina, que es otro fármaco anestésico muy utilizado en España. La gente lo usa de dos formas, uso recreativo y uso psicodisléptico. En los sitios de ocio la ketamina casi siempre es esnifada o por vía oral. Buscan pequeñas dosis como un euforizante y que cursa como una intoxicación etílica. Si la ketamina la utilizan en dosis más altas es una sustancia psicodisléptica y entonces produce efectos disociativos (embriaguez y sensación de flotar), alteraciones perceptivas, alucinaciones y euforia, contrarrestando descoordinación corporal; con lo cual es difícil estar en un sitio de ocio habiendo tomado ketamina a dosis altas. Consumen ketamina como euforizante y, a veces, como analgésico, sola o mezclada con otras sustancias. Dependiendo de la dosis y de la persona, pueden tener hasta dolores musculares, tensión en las articulaciones, tensión en la mandíbula, cefaleas, etc. Donde se practica “chemsex”, hay frecuentemente consumo de ketamina, GHB, popers, catinonas, anfetaminas, cocaína, etc. En el “chemsex”, la ketamina se utiliza principalmente como analgésico dentro de esas prácticas sexuales de altísimo riesgo.



VIEJAS Y NUEVAS ANFETAMINAS

Las viejas y nuevas anfetaminas, han sido y son un problema. Los más mayores recordamos el problema de las anfetaminas, cuyo uso médico experimental comenzó en los años veinte del siglo pasado y que llevan mucho tiempo sintetizadas, pero ahora nos encontramos con otra serie de derivados y su consumo se encuadra en un marco recreativo. Curiosamente, ayer vi un paciente de 40 años que me lo habían mandado a la consulta con una dependencia a anfetaminas y solo a anfetaminas, que las usa de forma recreativa y dice que no consume otro tipo de sustancias. Hay que ver cómo podemos plantearnos el abordaje terapéutico de las dependencias a las anfetaminas. Es muy importante valorar la posibilidad de abuso,

de tolerancia, de dependencia y de desvío del consumo, “fharming”, con el metilfenidato, aunque de esta sustancia no tenemos mucho consumo en España. Hay que tener cuidado con el fenómeno de “chemsex” en donde el consumo de anfetaminas y derivados junto a otras sustancias es la norma, con patrones de alto riesgo (“slamming”, “booty bumping”). Además de los consumos de sustancias y sus problemas, están las enfermedades infecciosas que tienen una incidencia alta en los colectivos que practican “chemsex” y que los médicos de enfermedades infecciosas atienden con frecuencia.



NUEVOS DERIVADOS ANFETAMINICOS

DIMETOXI Y TRIMETOXI ANALOGOS

Potentes agonistas serotoninérgicos: efectos psicodélicos. Aunque estimulan también dopamina y norepinefrina.

Se han descrito cuadros de vasoconstricción intensa con alguna de estas sustancias.

Ejemplos:

DOB (2,5-dimetoxi-4-bromoanfetamina)

DOM (2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina)

TMA-I (3,4,5-trimetoxianfetamina)

SERIE DE LOS 2-C

Familia de feniletilaminas con efecto psicodélico.

Efectos estimulantes con dosis bajas y psicodélicos con dosis altas.

Ejemplos:

2C-B (Nexus)

2C-T-7 (trypstacy)

2C-E

2C-I

SERIE DE LOS NBOMe

Subgrupo que deriva de los compuestos 2C, añadiendo un grupo metoxibencil (BOMe).

Potentes agonistas parciales 5-HT 2.

Se consumen por vía oral o mucosas. Papel secante principalmente.

Adormecimiento de cavidad oral y lengua.

Efectos psicodélicos. También se han descrito efectos estimulantes motores (bruxismo, movimientos incontrolados).

Ejemplos:

25C-NBOMe

25I-NBOMe

25B-NBOMe

Intoxicaciones frecuentes. Activos con dosis mínimas (microgramos).

Descrita mortalidad e intoxicaciones graves con cuadros simpaticomiméticos

Los 2CB, en España no existen. No sé si habéis oído hablar de la cocaína rosa. La “pink cocaine” es 2CB realmente, que tiene que ver algo con la cocaína porque tiene efectos simpaticomiméticos, pero son sustancias mucho más psicodélicas que la cocaína.

Los NBOMe se consumen principalmente en papel secante, se absorben por las mucosas y son muy psicodélicos. Son sustancias bastante peligrosas, porque de todas ellas hay descritas intoxicaciones mortales.

BENZODIFURANOS

Subgrupo de fenetilaminas alfa metiladas con presencia de grupo difurano o dihidrofurano.

Actividad psiquedélica.

Receptores 5HT_{2A} (> potencia que DOB).

Alta potencia y duración de efectos.

Compuestos “FLY”.

Principales compuestos: Bromo-DragonFLY y 2C-B-DragonFLY.

Papel secante y vía oral.

Umbral toxico muy bajo.

Intoxicaciones graves con mortalidad descrita.

Duración prolongada de efectos (hasta 72 horas).

Toxicidad simpaticomimética y serotoninérgica. Se han descrito isquemias.

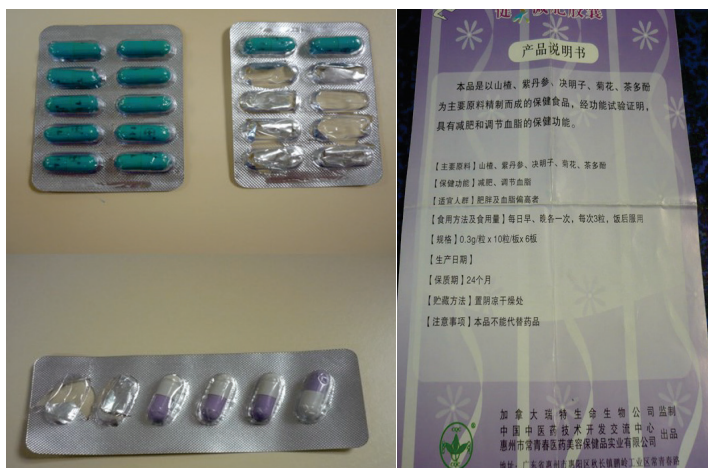
Los benzodisueños tampoco existen en España, son grupos de anfetaminas nuevos en los que predomina la actividad psicodélica sobre la actividad clásica euforizante o activadora de las anfetaminas.

EFFECTOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los efectos buscados por los consumidores son: Disminución del cansancio, ya que muchas de las sustancias son energizantes. Disminución del sueño. Disminución del apetito. Sociabilidad, locuacidad, empatía. Euforia. Autoconfianza.

Los efectos no buscados por los consumidores son: Irritabilidad. Sueño. Fatiga. Ansiedad. Inhibición. Se producen estos efectos adversos, pudiéndose llegar a la intoxicación.

Un ejemplo de esta situación es el que tuvimos hace unos años una alerta de un síndrome coronario agudo en una paciente de nacionalidad china que nos trae un envase y unas pastillas, indicándonos las sustancias que había comprado en internet y estaba consumiendo para adelgazar. No conseguí que nadie me analizara las pastillas, pero en base a los resultados de los análisis de orina, pensamos que probablemente fuera efedrina o pseudo-efedrina que es un derivado anfetamínico. No lo llegamos a saber con certeza. Hay que pensar que por Internet la gente puede comprar cualquier cosa, y que en muchas ocasiones no vamos a poder analizar la sustancia para saber en concreto lo que es.



Efectos por el uso crónico. Adicción

El uso continuado de sustancias lleva a la adicción y ésta a unos efectos crónicos y sus correspondientes secuelas.

Pueden producir tolerancia y dependencia.

Síndrome de abstinencia:

- Craving intenso
- Disforia y anhedonia
- Insomnio o hipersomnia

- Hiperfagia
- Ansiedad
- Agitación
- Fatigabilidad
- Depresión
- Psicosis.

La tolerancia y la dependencia de las anfetaminas no ha cambiado mucho desde hace años, pero hay que reconocer que los nuevos derivados anfetamínicos sí que son bastante más peligrosos, porque hay innumerables sustancias, que vamos conociendo poco a poco y vamos averiguando los efectos tóxicos sobre la marcha, pero algunas son muy peligrosas porque provocan cuadros de vasoconstricción, es decir, que se produce tanta adrenalina que hacen que las arterias se cierran por vaso-espasmo y hacen que la sangre no llegue adecuadamente a los tejidos. Esos vaso-espasmos son más peligrosos a nivel cerebral, pues provocan ictus por falta de riego, también son dañinos en las arterias coronarias. A veces, esa adrenalina provoca crisis hipertensivas que pueden producir roturas de vasos sanguíneos y hemorragias. Los vasos más delicados son los cerebrales, pero hay veces que esa vasoconstricción hace que en territorios distales, como en las manos y en los pies, máxime si se lo han inyectado por vía intravenosa, se originen cuadros de isquemia.

TOXICIDAD

Dado que es muy frecuente el policonsumo de diversas sustancias, las patologías físicas y psíquicas son bastantes variadas y graves.

Patologías físicas producidas por las nuevas drogas psicoativas

Los pacientes que nos llegan a nosotros están ya al final del camino, con muchas consecuencias para su salud. Poco a poco se van describiendo multitud de problemas médicos asociados a dichos consumos.

Son cada vez más frecuentes los casos de intoxicación descritos en urgencias y una variedad de manifestaciones físicas que varían en gravedad pero que en algunos casos pueden conducir a fallo multiorgánico y muerte como con algunos estimulantes o bien parada cardiorespiratoria secundaria al consumo de opiáceos de alta potencia.

Entre los problemas médicos destacan, debido a los mecanismos de acción de muchas de las sustancias estimulantes consumidas y las formas de consumo de las mismas:

- Patologías cardiovasculares: Cardiopatía isquémica, arritmias, ictus isquémico o hemorrágico, etc.
- Neurológicas: Crisis epilépticas, trastornos del movimiento, hipertermia, etc.
- Musculares: Rabdomiólisis aguda.
- Renales: Necrosis tubular aguda secundaria a rabdomiólisis.
- Metabólicas: Alteraciones electrolíticas, deshidratación, hiperhidratación, etc.
- Digestivas: Vómitos, pancreatitis aguda, hepatitis aguda tóxica, isquemia, etc.
- Urológicos: Cistitis aguda tóxica.

- Dermatológicas: Lesiones isquémicas por vasoconstricción, pénfigos, pyoderma gangrenoso, celulitis, abscesos, enfisema subcutáneo, etc.
- Respiratorios: Neumotórax, neumomediastino, infecciones.
- Hematológicas: Coagulación intravascular diseminada en contexto de fallo multiorgánico.

Patología mental producida por las nuevas drogas psicoactivas

Existe escasa información sobre los posibles trastornos mentales asociados al consumo de estas nuevas drogas psicoactivas.

En principio, hay que pensar que estos trastornos pueden ser similares a las de sus análogos ya conocidos, es decir el consumo de las drogas psicoestimulantes podrían asociarse con trastornos similares a los asociados con las anfetaminas y cocaína, como psicosis inducidas y trastornos del estado de ánimo.

De lo que más información se dispone es de la posibilidad de los cannabinoides sintéticos, mucho más potentes que el THC y con efectos agonistas sobre el receptor cannabinoide CBI, de producir síntomas psicóticos transitorios, psicosis inducidas y recaídas en los pacientes con esquizofrenia.

Los pacientes con trastornos mentales pueden ser especialmente susceptibles al consumo de nuevas drogas psicoactivas. Así se ha descrito el mayor riesgo de consumo de estas sustancias por parte de pacientes con trastorno bipolar y esquizofrenia.

TRATAMIENTO

El manejo terapéutico en los servicios de urgencias de la intoxicación y de las complicaciones es inmediato, por lo tanto sin confirmación del tóxico que ha tomado el paciente.

¿Es necesario saber que han tomado para tratarles? : ¡ NO !

Depresores

Heroína
Opioides sintéticos

GHB

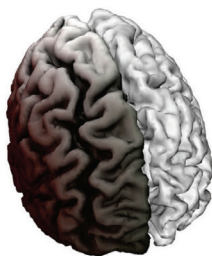
Etanol

N₂O

Ketamina

Inhalables

Hipnosedantes



Estimulantes o alucinógenas

Cocaína

Anfetamina y derivados
Catinonas
Piperazinas

LSD

Fenciclidina

Hongos alucinógenos y plantas

Otros psicofármacos

Suelen ser personas jóvenes o de mediana edad con cuadros clínicos complejos y no podemos esperar a saber qué sustancia ha tomado para poder tratarlos, ya que conocemos los efectos de las sustancias y podemos actuar de forma inmediata para solucionar el problema urgente y salvar la vida del paciente.

El tratamiento de la intoxicación aguda será predominantemente sintomático. Algunas de estas sustancias pueden ser adictivas, debiendo realizarse el abordaje terapéutico posterior en los dispositivos de drogodependencias y salud mental. Siempre hay que tener en cuenta el policonsumo de sustancias y el consumo concomitante de alcohol.

Siempre hay que tratarlos aunque no sepamos lo que han tomado, por qué no hay antídotos, por lo tanto hacemos un tratamiento sintomático en urgencias y una vez estabilizado el paciente ya se puede plantear derivarlo a la unidad de salud o de drogodependencia correspondiente.

Medidas generales

Están englobadas en siete apartados:

1. Protección
2. Aislamiento
3. Soporte Vital
4. Enfoque toxsíndrome
5. Tratamiento específico
6. Muestras y análisis posterior
7. Seguimiento.

Hay que tener en cuenta las siguientes especificaciones.

- Muchos pacientes tienen una gran agitación o realiza acciones violentas, por lo que es obligatorio seguir el protocolo específico para estos casos de emergencia.
- En el síndrome simpaticomimético no deben utilizarse betabloqueantes ya que pueden empeorar el efecto alfa-adrenérgico.
- Las crisis convulsivas se tratarán inicialmente con benzodiacepinas, pudiendo utilizarse otros anticonvulsivantes si no hay respuesta. En algunas situaciones es aconsejable aislar al paciente en una habitación individual.

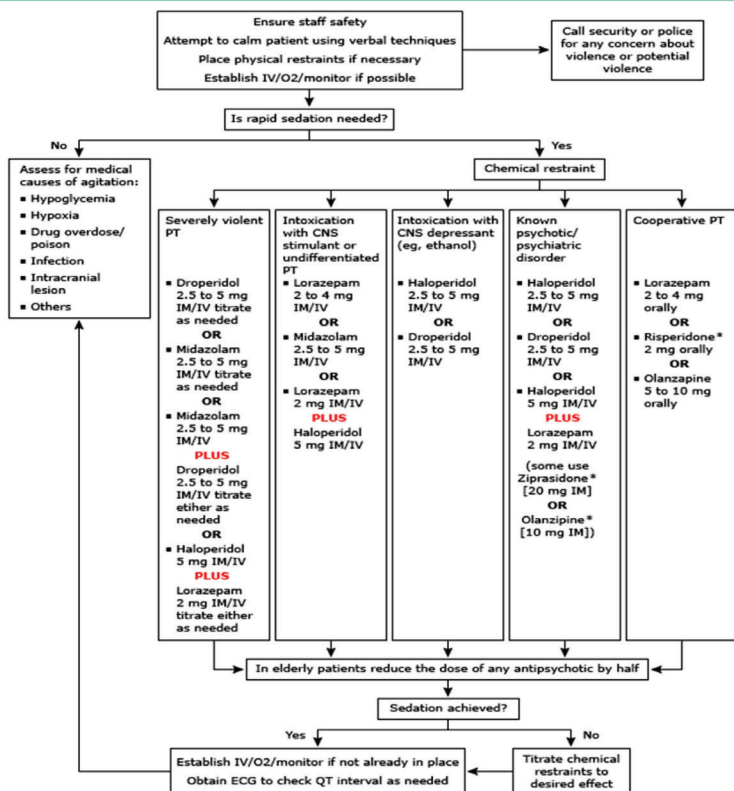


- La taquicardia y la hipertensión arterial responden al tratamiento con benzodiacepinas.



Taquicardia sinusal tratada con benzodiacepinas y no con antiarrítmicos.

Emergency management of the severely agitated or violent patient



ECG: electrocardiogram; IM: intramuscular; IV: intravenous; PT: patient.

* The safety of atypical antipsychotics in geriatric patients remains uncertain.

UpToDi

- En la hipertensión arterial persistente pueden usarse vasodilatadores como la nitroglicerina.
- El síndrome coronario agudo hay que abordarlo con tratamiento convencional.
- Las alteraciones hidroelectrolíticas deben ser detectadas y corregidas.
- La rabdomiólisis se trata con fluidoterapia intravenosa y solo en los casos graves con necrosis tubular aguda, se requerirá de la hemodiálisis para la recuperación de la función renal.
- La hipertermia llega en ocasiones a 41 o 42 grados Celsius, puede producir un fallo multiorgánico y la muerte del paciente, por lo que se tratará con medios físicos y nunca con fármacos antitérmicos. No son muy frecuentes, yo sólo he visto tres a lo largo de mi vida profesional, pero su tratamiento está bien documentado en la literatura, como en este artículo de Clínica Toxicológica.

Case Reports > Clin Toxicol (Phila). 2015 Mar;53(3):181-4. doi: 10.3109/15563650.2015.1009994.

Ice water submersion for rapid cooling in severe drug-induced hyperthermia

Larissa K Laskowski¹, Adaira Landry, Susi U Vassallo, Robert S Hoffman

En las hipertermias secundarias a tóxicos se debe enfriar al paciente con hielo, como es esta imagen de un hospital de Nueva York.



- En algunas ocasiones, la intoxicación, principalmente por estimulantes derivados de las feniletilaminas (éxtasis, anfetaminas, catinonas, piperacinas, etc.), puede conducir a la aparición de un fallo multiorgánico agudo con muy alta mortalidad. Su tratamiento en UCI no difiere al de otras etiologías. Anualmente, suele haber un paciente que debido al fallo multiorgánico y a pesar de todo el tratamiento realizado en urgencias y en la UCI muere.

CONCLUSIONES SOBRE LAS NUEVAS DROGAS PSICOACTIVAS

Como habéis visto este es un tema muy amplio que requiere de más horas para poder desarrollar todos sus aspectos, pero sí que deseo hacer unas conclusiones lo más concretas posibles para su total comprensión.

1. Hay una carencia de estudios que nos permitan conocer todas las nuevas sustancias psicoactivas que hay en circulación, porque si no las conocemos bien, hacer buenos tratamientos médicos es más complicado.
2. Hay que conocer muy bien las interacciones de las nuevas sustancias psicoactivas con otras drogas y fármacos existentes.
3. Hay un desconocimiento de la composición de los productos y de las dosis reales que se están utilizando.
4. Algunas de las nuevas drogas psicoactivas tienen un potencial adictivo.
5. Muchas de las nuevas drogas psicoactivas producen una gran toxicidad aguda y crónica.
6. Tener muy en cuenta las características distintivas de cada sustancia y el policonsumo de las mismas.

Conocer la idiosincrasia de cada droga es muy importante, conocer las contraindicaciones de uso y las reacciones adversas que generan los consumos.

Hay quien dice que sólo ha probado una sustancia una sola vez y casi se muere. Recuerdo una chica de 23 años que falleció por el consumo puntual de anfetaminas y cocaína en una fiesta. Fue un único consumo puntual de sustancias en una chica que no era adicta y que le provocó la muerte. Son sustancias simpático miméticas, que sumado a su efecto tóxico, le provocaron una hemorragia cerebral masiva.

7. Los Servicios de Urgencias son los puntos del sistema sanitario donde se atienden pacientes intoxicados por nuevas sustancias psicoactivas.
8. La mayoría de estas sustancias no se detectan en analíticas toxicológicas habituales.

Las determinaciones analíticas es nuestra asignatura pendiente porque si seguimos así, nunca tendremos datos en España de que está sucediendo en los hospitales. Tenemos los análisis de los laboratorios de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y de Aduanas cuando se realizan incautaciones de drogas, pero no qué pasa con una sustancia. Deberían existir laboratorios de referencia para analizar estas sustancias. Alguna Universidad tiene un laboratorio que puede hacernos análisis de algunos cannabinoides sintéticos, pero no todos. Alguna Universidad tiene un biobanco asociado a un proyecto de investigación.

9. El diagnóstico, por tanto, hay que hacerlo por la clínica.
10. El tratamiento es sintomático.
11. Hay que establecer protocolos clínicos para la detección, diagnóstico y tratamiento. Estamos haciendo protocolos clínicos, recogiendo cada vez más datos, pero esta tarea es lenta y muy complicada.
12. Debe existir buena coordinación con la red de drogodependencias, con las UCA y las UPCCA, Salud Mental y Atención Primaria. Estas tareas son multidisciplinarias.
13. Hay que seguir potenciando la educación sanitaria de la población y realizar tareas de prevención de los consumos.

CONFERENCIA

Con esto, he terminado mi exposición, que he procurado hacerla lo más concreta y amena posible, y ahora me someto a vuestras preguntas.

Muchas gracias por vuestra atención.



DEBATE

Moderadores: **Dr. D. Francisco-Jesús Bueno Cañigral**

Preguntas: **Los asistentes**

Respuestas: **Dr. D. Benjamín Climent Díaz**

Dr. Francisco J. Bueno Cañigral

Doy las gracias al doctor Benjamín Climent por exponer con brillantez todos estos conocimientos sobre las nuevas sustancias psicoactivas en tan corto espacio de tiempo. Reconozco el esfuerzo que ha realizado para poder concretar este tema tan amplio que, como él bien ha dicho, da para muchas horas de explicaciones. Ahora, como es costumbre en los Debates, tenéis la palabra todas vosotras y vosotros, para formular las preguntas que consideréis. Adelante con las preguntas.

Asistente

Buenas tardes, enhorabuena por su conferencia, Me gustaría plantear varias cuestiones:

¿Cuántos casos de los que se atienden en urgencias ya estaban previamente en tratamiento?

¿Y qué hacéis cuando tiene una intoxicación?

¿Sabéis si luego hay un seguimiento del tratamiento, es decir, luego el sujeto acude a una Unidad de Conductas Adictivas o no?

Hay grandes profesionales en la asistencia que conocen los efectos simpaticomiméticos, de los cannabinoides sintéticos, pero a veces se puede escapar qué efecto concreto puede estar sufriendo un consumidor. No sé si existe alguna guía sobre estos efectos o si tú conoces o lo habéis planteado alguna vez que facilite este trabajo.

Dr. Benjamín Climent Díaz

Muchos de los pacientes que atendemos en urgencias sí que están siguiendo ya un tratamiento, pero otros muchos no, pues son personas que se han intoxicado por el consumo de nuevas sustancias. Como he dicho las intoxicaciones se tratan de manera sintomática, normalizando todas las constantes vitales, etc.

Lo que se intenta, pero no siempre se consigue, es que un paciente cuando es atendido en urgencias, aunque yo no esté, si lo atiendo o lo veo después ingresado porque ha habido una complicación, lo preparó todo para canalizarlo a la UCA o a Salud Mental, porque muchas veces son pacientes con patología dual que tienen que ser derivados a otras instancias para que sigan su tratamiento. La batalla es conseguir que desde el Servicio de Urgencias a cualquier paciente se protocolice esa derivación, eso es lo difícil, pero se puede hacer perfectamente. Ésta es una tarea de todos, e incluso hay que formar al personal de urgencias para que se protocolice su asistencia y esos pacientes sean derivados a la red asistencial.

De los pacientes que yo veo sí que tengo datos de derivaciones, porque los veo, los trato y estoy en contacto con las UCA continuamente y entonces sí que se si el paciente ha llegado, o no ha llegado a la UCA. Muchas veces el paciente requiere de asistencia especializada y me lo vuelven a mandar.

Los pacientes que yo no veo no sé si hay seguimiento o no pero creo que no hay datos totales de quién llega y quién no llega a la red.

Asistente

¿Y viceversa, gente que está en tratamiento y qué acude a urgencias por una sobredosis?

Dr. Benjamín Climent Díaz

Sí, de eso sí que hay muchos y todos los días se ve alguno. Luego se les vuelve a hacer la derivación a la red. El punto débil de este tema es qué haría falta que esta derivación estuviera protocolizada en el Servicio de Urgencias para que no se perdieran por el camino. Yo para que no se pierdan los casos, hago un seguimiento.

En muchos casos, ya que el paciente está en el hospital, porque ha habido un daño, es un buen momento para intervenir en prevención, para canalizar después a cada paciente. Ojalá pudiéramos tener en el propio hospital, psicólogos, educadores, etc., que completaran nuestra labor asistencial.

El tema de la documentación, que se ha comentado antes, considero que sí que se debería tener. Lo comento con mis residentes y en las clases de master, que cuanta más información se tenga, es mucho mejor para poder atender mejor a los pacientes, porque se les puede atender mejor. También los usuarios deberían tener información sobre estas sustancias para que conocieran sus efectos y sus riesgos.

Asistente

Has dicho que tú estás en el extremo final de lo que es el consumo y los que trabajamos en prevención estamos en el principio del principio. Entonces nuestra misión básica es que no se llegue a consumir y que no se den los cuadros agudos. Nosotros empezamos a actuar y hacemos el esfuerzo de actuar sobre el uso inadecuado, haciendo medidas legales, etc.

Y lo que me pregunto es por qué las entidades de alerta tienen mucho interés en saber el producto que se ha consumido, pero por ejemplo, en el caso de las catinonas que durante años se vendieron millones por internet como sales de baño, en estos momentos hay “tiendas legales”, en la ciudad de Valencia, donde venden productos que dicen no aptos para el consumo humano o se venden productos de colección. Solo eso tendría que ser ya sospecha para actuar sobre ellas, y no esperar a que se dé el caso este de las tiendas de Ámsterdam, que está enfrente de la salud, con cuadros clínicos graves, etc. Eso tendría que ser suficiente como para ir a esos sitios de venta ya clásicos, denunciar, cerrar, o lo que sea, en definitiva actuar en cumplimiento de la ley. No se hace, y son lugares de venta libre de sustancias.

Dr. Benjamín Climent Díaz

Estoy de acuerdo totalmente contigo, porque si en la regulación legal hay muchos agujeros, imagínate en las ventas por la red. Te pongo un ejemplo, hace tiempo vimos en el hospital un paciente de 18 años con un cuadro de psicosis secundaria a cannabis. A mí me llega al año por un síndrome de hiperémesis por cannabis. La hiperémesis por cannabis la estamos viendo más en los últimos años, es algo muy reciente y se está viendo mucho y es probablemente secundaria a la alta potencia del cannabis. Lo tratamos, intentamos la reducción, el cese del consumo, etc. Lo tuvimos que ingresar y todo después de hacerle varios estudios para ver que la hiperémesis, el cuadro de vómitos secundarios al cannabis, no era por otra cosa. Lo dejamos arreglado más o menos, se le va controlando en la consulta. Al cabo de ocho meses post pandémicos vuelve a ingresar por otra hiperémesis. El joven que ahora tenía 20 años jura y perjura que él no ha fumado cannabis. Entonces, me pregunto ¿Qué estás tomando? Te saca el producto, comprado en Internet. Cannabidiol, producto envasado en la Unión Europea que pone Cannabidiol 70% y que pone que no es apto para el consumo humano. Evidentemente hubo que volver a “desintoxicarlo” del consumo del Cannabidiol para que pudiera ceder el cuadro clínico que tenía de los vómitos.

Como veis muchas veces, ya no son solamente estas tiendas clásicas, sino las ventas por internet, que es muy difícil poder acotar. Considero que la regulación debería ser mucho más intensa. He dicho siempre que si no recogemos todos los datos de todos los daños, que en ocasiones pasan desapercibidos, ya sea en psiquiatría, en cardiología o en neurología, estamos perdiendo mucha información y no podremos asociar la clínica de un consumo a una sustancia concreta. Pasa muchas veces que el daño queda muy volátil.

Es lo que nos pasaba antes con la cocaína. Recuerdo cuando al principio de consumo de cocaína, antes de qué se dispara su consumo en España, las discusiones científicas con cardiología y con neurología, eran frecuentes, porque por ejemplo, no se creía que ese infarto, esa angina de pecho, esa hemorragia, ese ictus, en gente de treinta y pocos años, era por consumo de cocaína. Me costó muchísimo convencerles. Ahora lo tienen asumido, pero entonces, teníamos dificultades. Hay que pedirles la cocaína en la orina, porque si no, no vamos a poder iniciar el tratamiento de su adicción. Si no lo diagnosticamos y si sigue consumiendo, corre el riesgo de morir. Esta labor cuesta mucho, pero es el camino que tenemos que hacer entre todos.

Asistente

Muchas gracias por tu brillante explicación. Se está consumiendo mucho cannabis sintético, los jóvenes no conocen cuáles son los perjuicios reales y saber cuándo hay un síndrome de abstinencia es complicadísimo y también el tratamiento.

¿Podrías comentar por qué esa diferencia respecto al cannabis natural?

Dr. Benjamín Climent Díaz

Claro, el cannabinoide sintético no tiene nada que ver con el natural. Es tan potente el efecto que ocasiona, ya que es un agonista muy potente en el receptor CB1, y esa estimulación no la habíamos visto anteriormente con el cannabis natural, incluso con los de alta concentración que son los que circulan ahora. Por eso de repente nos encontramos con manifestaciones

neurológicas y cardiovasculares graves, que con el cannabis natural sí que vemos problemas cardiovasculares, pero teniendo en cuenta el consumo que hay, vemos muy poco, pero con el cannabinoide sintético sí que se ven más. Y es por esa estimulación tan severa, tan intensa, de los receptores CBI. Entonces el síndrome de abstinencia del cannabinoide sintético se establece muy rápido, es decir, si alguno está trabajando con adolescentes, ha visto que en pocas semanas el paciente ya tiene síntomas de dependencia y que cursa con muchas alteraciones de conducta, ansiedad, insomnio y con mucha agresividad. Eso nos refiere los que están tratando con ellos, que les produce esa agresividad, que es de difícil manejo, hasta que no vuelven a consumir el cannabis sintético. En este momento no os podría decir ni un trabajo serio en el que lo hayan estudiado.



Benjamín Climent, Francisco Bueno y Juan Carlos Valderrama

Dr. Francisco J. Bueno Cañigral

Al hilo de esto, como todo el mundo sabe, hay creada una Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados que analiza las experiencias de regulación del cannabis para uso medicinal. Han participado diversos médicos y se ha puesto de manifiesto que este tema no se debería tratar desde el punto de vista exclusivamente político, sino que debería abordarse desde el punto de vista científico, dado que existen más riesgos físicos y psíquicos, que beneficios, en el uso del cannabis, sobre todo población muy joven. Podría utilizarse para algunas patologías graves muy concretas y bajo estricta prescripción médica. Pero, parece ser, que tras la autorización del cannabis para uso medicinal, muchos colectivos abogarán por el uso del cannabis para fines recreativos.

Me llamó la atención la intervención del Dr. Pedro Hidalgo, presidente del Colegio de Médicos de Badajoz y coordinador del Observatorio de la Prescripción del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (CGCOM), que entre otras cosas dijo:

“La medicación que el médico, previo diagnóstico, va a prescribir a un paciente busca siempre su beneficio y debe evitar siempre su perjuicio”.

“A pesar de que hay agentes que fomentan la utilización terapéutica de los cannabinoides, hasta hoy han sido pocos los trastornos médicos en los que han demostrado algunas utilidades en la terapéutica, y éstas no han sido curativas, sino paliativas de síntomas, sin que en ningún caso hayan manifestado una alta significación práctica”.

Qué opinión te merece que en estos momentos haya tantísimo interés con el tema del cannabis en cuanto a la legalización, los canales de difusión, venta, etc., y se exalten las capacidades terapéuticas del mismo. Porque a pesar de todas las bondades que pretenden otorgarle al cannabis, en el fondo en un gran asunto económico.

Dr. Benjamín Climent Díaz

Más que desde el punto de vista político, el problema, como tu bien dices es desde el punto de vista económico. Por eso yo soy pesimista, porque el impacto económico que se va conociendo de esto es muy importante, y contra esos intereses globales tenemos muy poco, muy poco que hacer. Tenemos que seguir trabajando, que la estrategia científica pasa por recoger datos, todos los datos que podamos, para hacer todos los estudios posibles.

El consumo de cannabis se ha ido normalizando tanto en la sociedad que parece como si fuera una medicina, está ocurriendo como con los crece pelos del siglo XIX, que todo sirve y sirve para todo, sobre todo los cannabidiol. Es tal la difusión del cannabis y su consumo que hay problemas de salud secundarios al cannabis que hace veinte años yo no veía. Ahora ya no es raro, que veamos ictus isquémicos asociados al cannabis, cuando los hemos estudiado, hemos visto que todas las causas posibles descartadas salvo cannabis natural.

Creo que a nivel científico queda mucho por hacer, de iniciar estudios; pero claro, tener en cuenta una cosa, mucha investigación está promovida por la industria farmacéutica, entonces aquí la investigación tiene que ser promovida por las universidades y por la administración, pero es muy difícil en estos momentos pensar que van a promover la investigación en todo esto. Si no tenemos datos de investigaciones serias, es muy difícil contrarrestar esa corriente de opinión favorable, que es millonaria, todo esto es económico y va todo encaminado a normalizar el consumo del cannabis natural.

Yo soy bastante pesimista. Soy pesimista porque ya he visto todo lo que arrastramos con el tema del alcohol desde hace décadas y los grandes intereses económicos que mueve esa industria.

Asistente

Buenas tardes, soy estudiante del Máster de Adicciones y el año pasado estuve en la asignatura Sustancias Toxicológicas y recuerdo que comentaste que ya habíamos pasado por la epidemia de la heroína, después la de la cocaína, que pronto vendría la de los cannabinoides sintéticos.

Como estoy haciendo el Trabajo Fin de Máster sobre cannabinoides sintéticos, quiero saber qué se prevé en los próximos años, con el auge de esta sustancia, y también si hay algún tipo de tratamiento con agonistas para el cannabis, si esto se ha investigado.

Dr. Benjamín Climent Díaz

Prever el futuro es difícil, porque no tenemos suficiente información ni conocimiento del futuro. Pero, efectivamente los cannabinoides sintéticos siguen siendo la primera sustancia de consumo en el mercado europeo, con lo cual seguirá creciendo probablemente, aunque sea en poblaciones concretas que son las que tienen el mayor consumo de cannabinoides sintéticos, y que no se ha extendido a otras poblaciones.

Verás que mayoritariamente son adolescentes, o adultos muy jóvenes. De hecho a la gente más mayor no les gusta, les sienta mal. En urgencias en visto algún adulto, que estaba con jóvenes, lo ha probado y le ha sentado muy mal y ha tenido problemas cardiovasculares.

Son consumos en poblaciones muy concretas, no se difunde genéricamente a toda la sociedad, sucede como el consumo de cocaína que afecta a grupos poblacionales concretos.

Tras la crisis económica, el consumo de cocaína está muy extendido. No me llegan peticiones de asistencia de las UCA, sino de sanitarios, que tienen familiares o conocidos con serios problemas por consumo de cocaína, que cada vez está más extendido.

Hay algún trabajo de uso de algún cannabinoide como terapia sustitutiva, pero no está probado en ningún sitio, en ningún país está probado que podamos utilizarlo. Puede ser que por ahí sí que vayan las cosas con el tiempo, pero de momento no.

Ricardo Pérez

Quero contestar al anterior interviniente. El manejo de los antagonistas es complicado, porque si das un antagonista estás activando el sistema cuando no toca. Si le das un antagonista no puede actuar el sistema cuando lo necesita. El descubrimiento de todo este sistema endocannabinoides es relativamente reciente y, desde mi punto de vista lo veo muy complicado porque afecta al funcionamiento de todo nuestro sistema.

Asistente

La pregunta iba cómo si fuera tipo metadona, metasedin con la heroína. Quería saber si había algo por el estilo.

Ricardo Pérez

La metadona es un opiáceo que no tiene nada que ver con la heroína. Su efecto es totalmente diferente y dura veinticuatro horas, no tiene fraude, no tienen tanta imagen de normalidad. Se asegura el efecto pero tampoco hace esa función, pero no es un agonista. Técnicamente no es un agonista un opiáceo, pero sí que es un opiáceo que actúa de manera diferente a la heroína. Entonces, igual es encontrar ese camino, pero dices, ¿Para qué? Para bloquear la acción de un cannabinoides de síntesis. De momento lo veo complicado, desde mi punto de vista. De momento con la evolución que hay del descubrimiento de todas estas cosas, aún no veo lo del desarrollo de un antagonista.

Asistente

Trabajo en una residencia con adolescentes y sí que compartimos el problema. Entonces, a los chicos que toman cannabinoides normalmente lo que les funciona es la intervención psicosocial. Nos hemos dado cuenta que los chicos que toman cannabinoides lo que buscan

son las intoxicaciones porque han sufrido una adicción muy fuerte. Y eso no interviene porque tienen unas historias de vida bastante lamentables. Entonces fue en una intervención psicosocial de forma integral, de formación, arreglar todos los problemas familiares, emocionales. Normalmente reducir el consumo y abandonar el consumo de cannabinoides si el efecto toxicológico del cannabinoide no ha empezado a hacer efecto.

En un mes un chico puede crear una adicción a los cannabinoides. Respecto a eso, nosotros notamos mucho el consumo de cannabinoide durante dos, tres semanas por los movimientos motores. Son muy típicos los tics.

Por aportar lo que se puede hacer también en respuesta a lo que se produjo en Ámsterdam, os digo que mandamos un informe a la Fiscalía de Menores alertando del daño que estaban haciendo a los chavales. Una madre ayuda con una carta y la Fiscalía de Menores actuó, movilizó a la Policía y a nivel administrativo se consiguió cerrar el New Ámsterdam. Lo que pasa, es que como se pasó de la compra directa a la compra por Internet y ahí ya no había forma de hacer una intervención policial, ni fiscal.

Como en internet las sustancias cambian mucho cómo se ha dicho, y la fiscalización es muy difícil, porque si fiscalizadas una molécula, la semana siguiente tienes otra molécula que es legal, es muy difícil actuar por parte de la Fiscalía.

Quería aportar también otra cosa, que es una novedad que nos hemos encontrado. Nos hemos encontrado chicos que compran cannabidiol y luego no es cannabidiol, es como un falso cannabinoide que les da también una base herbal. Hemos detectado antidepresivos que ya casi ni se están indicando, o sea, que les engañan. Es un peligro nuevo que está fomentando el uso de los cannabidioles como relajantes alternativos al THC porque, claro, el cannabidiol es caro de cultivar, es cara conseguir sintetizar, sin el THC, entonces lo que están haciendo a mucha gente, es engañarles. Por lo cual, hay un problema añadido que se suma a otros problemas. Están fumando psicofármacos. Entonces, creo que aquí va a haber un problema grande también.

Asistente

El CBD dicen que no tiene THC, pero siempre, siempre tiene THC pero no lo ponen, o lo ponen en la nota aparte. Ponen una dosis para que sea legal pero nunca, nunca eso es real. Es una información que escriben pero, lo que tú dices, tiene THC a saber cuánto, no se sabe, no hay una información real del etiquetado. También es un producto que no es para consumo humano, pero sin embargo, cuando te explican las acciones, tiene muchas utilidades, entre ellas la de tranquilizante. Estamos viendo una normalización de las ventas que es muy preocupante y la policía debería actuar más.

Dr. Francisco J. Bueno Cañigal

Nuestra labor es informar, hacer actividades no solamente de promoción de la salud, sino también de prevención de las adicciones y luego formar, en la medida de lo posible, para que llegue este tipo de mensajes, de contenidos, a los profesionales, a los jóvenes y adolescentes y a toda la población en general, basándonos en la realidad cotidiana para obtener informaciones veraces.

En esta línea de actuación, me preocupa en estos momentos que se están haciendo muchos de ensayos clínicos con la ketamina para el tratamiento de la depresión, que en hospitales de Gran Bretaña y en hospitales de EE.UU. haya lista de espera para tratamiento de la depresión a 700 dólares el tratamiento y que la industria farmacéutica haya hecho una apuesta económica muy potente para difundir un anestésico de veterinaria, como es la ketamina, como tratamiento de la depresión. Quería conocer tu opinión sobre este boom último de la ketamina.

Dr. Benjamín Climent Díaz

Bueno, pues probablemente lo comercializarán seguro tal como lo van enfocando. Creo que además, pronto, en España pronto, porque estaba todo muy avanzado. Creo que ahora estaban con un problema de precios, realmente solo de precio, por lo que resuelto este tema seguro que se comercializa.

Dr. Francisco J. Bueno Cañigral

Parece ser que la FDA les ha exonerado del cumplimiento total de todas las fases de los ensayos clínicos, que normalmente duran muchos años, y la FDA les ha autorizado para que acorten a un año el ensayo y la investigación.

Dr. Benjamín Climent Díaz

Claro, la ketamina es un anestésico que se usa en veterinaria, sobre todo para gatos, porque para perros no funciona bien, tiene efectos secundarios que no lo hacen útil. En medicina como anestésico tampoco se está utilizando, se dejó de utilizar porque también provocaba efectos secundarios que no eran los adecuados. A pesar de ello, en medicina sí que se ha estado utilizando como analgésico, y en las algunas unidades del dolor lo utilizan como analgésico. Entonces las dosis que se utilizan deben de ser dosis mínimas. Yo recuerdo una paciente que tuve que me la enviaron porque tenía una dependencia de ketamina provocada de forma iatrogena por una unidad del dolor. Ella era una enfermera y el problema que tenía era que la mujer tenía alucinaciones continuamente, porque tener en cuenta que es una sustancia psicodisléptica, entonces, según las dosis que se administren, te vas a encontrar con problemas de alucinaciones.

Yo no he leído qué dosis son las que van a utilizar como antidepresivo. Ten en cuenta, que la gente la usa recreativamente con dosis bajitas como euforizante, y ahí debe de estar el quid de la cuestión para su uso como antidepresivo. El problema es la imagen que va a tener la sociedad de que esa sustancia que se va a utilizar como antidepresivo, es un fármaco anestésico, que además se está utilizando como una droga de abuso, y ahora va a tener tiene un fin médico distinto.

Es la misma historia que nos están haciendo creer con los fines medicinales del cannabis, que cuando haces un estudio y revisas la bibliografía, son dos o tres patologías para las que puede servir, no las cientos de enfermedades para las que nos dicen que sirve el cannabis. Son dos o tres cosas que hay una mínima evidencia, y tened en cuenta que comentábamos antes de nuestro sistema cannabinoide, que estamos ahora empezando a conocer. Seguro que saldrán fármacos que actúan en el sistema endocannabinoide, como otros que actúan en el sistema de los opiáceos. Saldrán seguro fármacos cómo han salido con otros sistemas en el

cuerpo. Entonces es importante la visión que se va a transmitir en la sociedad. El error puede ser que piensen, no es que esto no es tan malo porque es un fármaco. Es un medicamento que se va a utilizar y por lo tanto no es tan malo. Es el peligro que yo veo de divulgación.

Asistente

Yo lo que conozco de esto es que en EE.UU. se está vendiendo con un tratamiento, de clínica diaria e intravenoso, a través de gotero con cinco miligramos más o menos de ketamina y durante varias sesiones y que reduce teóricamente la depresión. Lo están vendiendo como una cosa absolutamente de panacea para las personas depresivas. Posiblemente va a ser una epidemia como el tema de los opioides, seguro, porque ahí están los laboratorios por una parte y luego el interés económico de las clínicas privadas que son muchos.

Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Muchas gracias por las aportaciones. Más preguntas, por favor.

Asistente

Gracias doctor por su conferencia. Usted ha dicho que la determinación de sustancias tóxicas tiene muchas limitaciones. A mí me gustaría saber por qué tienen que actuar casi a ciegas en Urgencias, es una falta de reactivos, el valor de estos, las compañías no lo desarrollan. ¿Porqué?

Dr. Benjamín Climent Díaz

Mirad, los tóxicos que podemos determinar en orina de una forma cualitativa, es decir, si hay o no hay, no nos dice la cantidad que hay. Para ver las cantidades, ya son estudios de forenses o son estudios mucho más sofisticados que no se podrían hacer. Pero son un número de sustancias muy limitadas. Por qué no pasa con los otros, pues porque los otros son un variopinto grupo que, por ejemplo, tú coges los cannabinoides sintéticos que a pesar de que van a los receptores cannabinoides pero no tienen, no son THC, qué es lo que te determina el screening de tóxicos en orina que hacemos todos. Dentro de esos grupos, si tú quisieras hacer un estudio, deberías tener el patrón cromatográfico de cada una de las sustancias. Eso es imposible, no hay en este momento desarrollado ningún test que mida esto. Y tener en cuenta que hay muchos grupos de moléculas diferentes. Entonces no hay ningún test que nos mida como hace con el THC. No hay ninguno con los cannabinoides sintéticos.

Con las catinonas pasa lo mismo, no hay ninguna. Con las anfetaminas han conseguido que te den positivo, pero, con otros derivados amfetamínicos, te da negativo.

Con los opiáceos pasa lo mismo, tenemos la heroína, tenemos la metadona, pero en cuanto busques otros, no hay test. Ya se ha desarrollado algún fentanilo, porque aquí en los hospitales nuestros, aquí en España fentanilos no hay, los sistemas no lo han comprado, pero se podría. Pero hay muchas de estas moléculas que, aunque tengas el fentanilo, no te va a salir tampoco.

A mí me han prometido en el Hospital General que cuando acaben las reformas van a tener en el laboratorio un sistema que nos va a poder identificar casi cien de las cien sustancias diferentes. Ahora podemos identificar no llega a diez, pues entonces podremos identificar casi cien sustancias, lo que pasa que les un poco de miedo porque tenemos que desarrollar protocolos y pedir que hagan esa prueba, eso es lo complicado.

Entonces el camino es ese, saber identificar, cada vez desarrollar más sistemas, que no sean caros y que se puedan utilizar fácilmente, que podéis utilizar vosotros también en la asistencia diaria a vuestros pacientes. Ese es el camino, conseguir identificarlo y eso es complicado, pero vamos, se pueden ya hacer bastantes identificaciones de todo. Pero nunca llegaremos a saber, a poder identificar todas las cosas como deberíamos.

Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Muchas gracias. Alguna pregunta más. Sí, adelante, por favor.

Asistente

Muy buenas, tengo una pregunta sobre el debate que se está haciendo o que se va a hacer por la legalización del cannabis y de otras drogas. La pregunta es si en ese debate se tiene en cuenta el uso de cannabis cuando se están manejando vehículos, maquinaria pesada, si se tienen en cuenta poner ahí unos límites para esos momentos.

Además, en cuanto a la detección de ese tipo de drogas que ahora mismo en Urgencias no se pueden detectar, pregunto si por ejemplo la policía también tiene esa limitación y si tienen visos de mejorar esa detección para evitar los problemas en la conducción o en otras actividades bajo los efectos de las drogas.

Dr. Benjamín Climent Díaz

Claro, mira lo del tema de si están pensando en estas eventualidades, para la conducción, para el manejo de armas, para pilotar un avión, para trabajar en un quirófano, todo eso no se está contemplando, y evidentemente el cannabis influye mucho en la actitud psicomotora de un profesional.

Para la conducción y en los temas de los controles de tráfico, salvo que haya un accidente y se recojan muestras para que los analicen en Medicina Legal, los estudios más detallados, normalmente, en la calle, a pie de a pie de carretera, es difícil y se hacen los controles más sencillos. Hay más sistemas y ellos van a poder detectar más sustancias, pero siempre se te va a escapar, no es posible llegar a un suficiente nivel de sustancias, no es posible.

Pero, son muy buenas preguntas. Porque, efectivamente, no se está contemplando el uso seguro y claro de estas sustancias; porque imagínate, al piloto de avión, seguro que le van a poner una legislación la propia compañía aérea, le van a poner unos límites que tendrá que cumplir. Pero yo no sé en un hospital o en el transporte público, por ejemplo, lo que va a pasar. Esto que dices son riesgos muy importantes. ¿Qué pasará en un cirujano operando? ¿Se harán protocolos? ¿Se regulará? No lo sé.

Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

En la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados, que comentaba anteriormente están compareciendo expertos, representantes de diferentes sociedades científicas, defensores del uso del cannabis con fines terapéuticos, etc. La dinámica que se está generando es la siguiente, por una parte, está la urgencia social, de que la legalización es casi un clamor popular, de que hay que legalizar esta sustancia porque vale para todo, como ha dicho el doctor Benjamín Climent y lo cura todo. Este un planteamiento puramente social, vinculado al interés de algunas asociaciones y de algunos políticos.

Por otra parte, está el planteamiento técnico-científico. Estos son los estudios que hay sobre la utilidad terapéutica, estos son los problemas que están teniendo los adolescentes consumidores de sustancias que se han ido enumerando, entre ellos la psicosis, que es un problema serio.

Por lo tanto, hay que diferenciar lo que es un planteamiento entre supuesta demanda social o de presión política, con lo que es un planteamiento de evidencia científica del conocimiento, realmente de las ventajas y los inconvenientes del uso de cannabis como terapéutica.

¿Cómo quedará? Mi impresión personal es que no creo que se legalice el cannabis para uso medicinal de forma general. En la situación social que nos encontramos en España, no creo que se legalice, porque no soluciona ningún problema real. En todo caso, si se legaliza debería ser bajo prescripción médica, ya que sería un medicamento, para administrarlo en situaciones muy concretas y para las tres o cuatro patologías, en las que los estudios parecen indicar que en situaciones graves hay alguna mejoría de los síntomas. Y siempre, cuando los pacientes a tratar, según criterio médico, no hayan mejorado su sintomatología por otros tratamientos farmacológicos disponibles en el vademécum.

Asistente:

Yo quería hacer un comentario. Sí, básicamente era por el tema este del control, que dice de sustancias que solo detectan THC, que sería el cannabis de la planta normal y justamente, supongo, por el tema este del control del THC, que la gente joven consume ahora el cannabis sintético, que parece ser que no es detectable. No creo que sea justamente el tema de la detección del THC lo que pueda resolver, porque si realmente ellos ya no consumen una droga que se pueda detectar. No sé, lo veo un poco complejo. Que eso no le asegura a usted, que esa persona lo consuma, sino que al finalizarse la detección del THC en las analíticas puede ser que eso también haya fomentado que haya el cannabis sintético.

Entonces yo pienso que se puede controlar a la persona que fuma marihuana de planta pero que use cannabis, que es más nocivo, como es el cannabis sintético, eso se quedaría en el aire. Entonces es un comentario en cuanto a la situación legal, igual que con respecto a este señor que dice el tema de las sanciones en la conducción. Resulta que solo se podrá sancionar aquello que tú puedes detectar, pero justamente aquellos medicamentos o aquel tipo de sustancias que pueden producir mucho más daño o unas lesiones superiores, esas como no las podemos detectar, no existen analíticas, no se detectan y no se sancionan. Entonces, no sé, replanteó un poquito esa cuestión que pienso que habría que profundizar en ello. Gracias. Bueno, agradezco su posición.

Dr. Francisco-Jesús Bueno Cañigral

Muchas gracias por tu intervención, como tú bien dices habría que profundizar en ello, pero como siempre nos pasa en los Debates, agotamos el tiempo previsto y no hay más posibilidades de intervenciones.

Muchas gracias al doctor Benjamín Climent Díaz, por su excelente conferencia, que ha cubierto todas nuestras expectativas.

Agradezco a los doctores Rafael Aleixandre Benavent y Juan Carlos Valderrama Zurián y todo el equipo de la UISYS, su entusiasta colaboración en la realización de este Debate.

Muchas gracias a todos ustedes por su asistencia y participación. Para las personas que asisten por primera vez a un Debate, les digo que en la página web del CENDOC-Bogani está las publicaciones en pdf de todos los Debates. que las pueden consultar y descargar, según el tema que les interese.

Esperamos convocarles próximamente a un nuevo Debate.

En nombre de D. Emiliano García Domene, Concejal de Salud y Consumo del Ayuntamiento de València, damos por finalizado este **Debate en Adicciones: “Nuevas drogas psicoactivas”**.

Muchas gracias y muy buenas tardes.



AJUNTAMENT DE VALÈNCIA
REGIDORIA DE SALUT I CONSUM



UPCCA
VALENCIA



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA