

CASO CLÍNICO DE SVB Nº8. PACIENTE INTOXICADO.

Autor: Sergio Cuerpo Lara. Técnico SAMUR - Protección Civil.

Se activa la Unidad de Soporte Vital Básico, un viernes de mayo a las 2:40 de la mañana a solicitud de Policía Municipal, para valorar un varón de unos 30 años aproximadamente con signos de embriaguez en la calle Farmacia (zona céntrica y de ocio de Madrid).

Cuando llegamos al lugar, en el primer contacto visual observamos a un varón de efectivamente unos 30 años, tirado en el suelo. El paciente muestra una conducta errática en los movimientos, intenta ponerse de pie pero no puede, estos movimientos se acompañan de descoordinación, falta de equilibrio y alteración en la propiocepción (intenta ayudarse de coches y elementos que le rodean para incorporarse y no consigue apoyarse en ellos).

En la primera valoración /toma de contacto, el paciente nos indica que se encuentra bien, que no sabe porque han llamado y que por favor le dejemos. Observamos, a pesar de la escasa iluminación de la calle, que el paciente tiene contusiones en rostro y brazos.

Valoración Primaria:

- Nivel de conciencia: Alerta.
- Estado respiratorio: 18-20 rpm. Expansión normal, regular y simétrica. No se aprecian ruidos respiratorios, esfuerzos, etc. SatO2 98%.
- Estado circulatorio: Pulso rítmico, lleno. Fc: 110. Buena coloración de la piel y mucosas.(normocoloreado). Temperatura corporal normal, en primera impresión de contacto. No se observa sudoración. Tensión Arterial: mayor de 80 (pulso radial presente).
- Estado Neurológico: Paciente orientado témporo-espacialmente, si bien se observa algo repetitivo en su lenguaje. El paciente insiste en que “no le pasa nada”. Es abordable en la actuación y colaborador, nos informa de ingesta de alcohol, sustancias tóxicas (“eme”) y no recuerda haberse caído. GCS 15. Pupilas 4R- 4R.
- Movilidad: Necesita ayuda para moverse y no es capaz de mantener la bipedestación por sí mismo.
- Exposición: No se observan lesiones de importancia, salvo abrasiones en miembros superiores y rostro.

Valoración secundaria:

Reevaluación. Sin cambio de constantes, ni alteraciones del estado neurológico (no cefaleas, no vómitos, no nauseas, no alteraciones visuales...) Tª 36,5 - Tensión Arterial 140-80. El paciente se muestra mas calmado y tranquilo (sin dejar de hablar constantemente, verborrea), muy extrovertido e intimista (relata sus dificultades personales y familiares con facilidad). Nos relata ingesta de tres “cubatas” e ingesta oral de “Eme” sin especificar cuánto. Consumidor de fines de semana.

PREGUNTAS DEL TEST.

Pregunta 1: A nuestra llegada a la c/ Farmacia, una calle pequeña y poco iluminada, el paciente se encuentra junto Policía Nacional. Ésta nos facilita el lugar donde estacionar la unidad y...

1. Valoramos al paciente según ABC, pues esta 092 en el punto.
- 2. Realizamos valoración de la escena. (Respuesta correcta)**
3. Solicitamos a 092 información al respecto.
4. Realizamos valoración primaria.

Comentarios.

En la valoración de la escena, realizaremos un primer reconocimiento visual, que nos pueda aportar la mayor información posible. Desde la zona más periférica, a aquella que se encuentra próxima al paciente. Recabaremos toda información que nos permita tanto salvaguardar nuestra seguridad, como datos respecto a la actuación (indicios de los posibles traumas, restos de tóxicos, etc.) manejo del paciente, accesibilidad, necesidad de otros recursos, etc.

Hay que evitar la *visión en túnel* que en ocasiones, por rutina de trabajo y exceso de confianza, solemos realizar y que ocasiona tantos problemas, como la falta de recopilación de información.

Mencionar también que el resto de fuerzas y cuerpos de seguridad de distintos ámbitos aportaran tanto su experiencia como su labor profesional y debemos pedir su colaboración y valorar sus aportaciones. (en este caso si tuviésemos dudas respecto al paciente se le puede solicitar a policía el cacheo del mismo).

Pregunta 2: Durante la valoración primaria observamos en el paciente: contusiones en rostro, hablar pastoso, agitado e incapaz de ponerse de pie. (Ver valoración primaria y secundaria en la información complementaria del caso)

1. Pedimos a policía que colabore y reduzca al paciente.
2. Le indicamos que de persistir con esa actitud, nos iremos del lugar.
3. Solicitamos SVA, por alteraciones neurológicas evidentes.
- 4. Ninguna es correcta. (Respuesta correcta)**

Comentarios.

Durante la Valoración Primaria intentaremos valorar al paciente desde su estado neurológico hasta los patrones vitales, aunque esté sea poco colaborador o rechace nuestra asistencia.

Solicitaremos los recursos apropiados solo después de haber valorado al paciente correctamente, no precipitando la solicitud de un recurso por no realizar correctamente la valoración primaria.

Se podrá solicitar reducir al paciente solo en caso de peligro para los equipos intervinientes o peligro para su propia integridad.

Desde mi experiencia profesional se hace imprescindible un esfuerzo de paciencia y empatía respecto a los distintos tipos de personas que se van atender. Facilitar el diálogo para una buena comunicación, tanto para ganarnos la confianza del paciente como para recabar información se torna como imprescindible para una buena asistencia.

Pregunta 3: Seguimos valorando al paciente, y a pesar de las lesiones y síntomas que observamos, este nos dice ¿que se encuentra perfectamente, le disculpemos y por favor le dejemos pues se tiene que ir a su casa?

1. Policía firma como testigo y nos vamos del lugar, ya que no quiere asistencia sanitaria.
- 2. En la aproximación al paciente intentamos empatizar con él y continuar con la valoración primaria. (Respuesta correcta)**
3. Bajamos la camilla y le subimos a la unidad, para continuar la asistencia.
4. Le indicamos a policía que esto se trata de un problema de orden público y nos retiramos.

Comentarios.

Ojo con dejar un paciente, ya que éste podría no ser consciente de sus decisiones. Os facilito un resumen sobre la denegación de auxilio.

DELITO DE DENEGACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

Previsto en el artículo 196 del Código Penal, dentro del Título IX bajo la rúbrica "De la omisión del deber de socorro", se castiga al profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas.

- **a) Sujeto activo** de este delito es el profesional sanitario. En principio parece que únicamente debe incluirse el personal sanitario, público y privado (médicos, ATS, auxiliares, farmacéuticos, etc.). Más discutible parece su extensión a colectivos ajenos a la sanidad pero que pueden tener en el desempeño de sus cargos obligación de asistir, al menos en primera instancia, a una persona necesitada de auxilios sanitarios. Piénsese, especialmente, en el caso de los agentes de la autoridad (un policía, por ejemplo). No obstante, la utilización en el tipo del término «asistencia sanitaria», parece querer referirse exclusivamente a los profesionales de esa actividad, y no a otros que simplemente están obligados a un auxilio no sanitario, sino básicamente de traslado a un centro sanitario o realización de primeros auxilios de conocimiento general, debiendo enjuiciarse su conducta bajo el prisma de la denegación de auxilio genérica del artículo 195 del Código Penal (véase "Omisión del deber de socorro").
- **b) La conducta típica**, formulada alternativamente, consiste en denegar auxilio o abandonar los servicios sanitarios. Estamos, por tanto, ante un delito que se consumará cuando se denegare el auxilio o se abandone su servicio, pero siempre que además concurren dos requisitos:
 - **-Estar obligado a ello.** Esta obligación será la legal o contractual de actuar, no bastando con la mera obligación moral, con la que, de algún modo, compele el Código deontológico. Habrá que estar, por consiguiente, a la regulación administrativa sanitaria vigente. Se configura así como un término normativo que remite a una normativa extrapenal, pues solo en ella se establecen las obligaciones profesionales.
 - **-Denegar la asistencia.** No se puede aquí más que sentar principios generales. Entre ellos, rechazar que el personal sanitario, en situación de normalidad, se encuentre siempre obligado o de "guardia", o si se prefiere, más obligado que un ciudadano profano. El precepto ha de entenderse dirigido, fundamentalmente, a la denegación de asistencia cuando el sanitario está obligado a ello, es decir, cuando en términos generales esté de servicio. Fuera del desempeño de su servicio su obligación es idéntica a la de un ciudadano profano de la sanidad. Así pues, su omisión se solventará vía artículo 195 del Código Penal (véase "Omisión del deber de socorro").

- **-Abandono del servicio.** La obligación que exige el artículo 196 del Código Penal será más fácil de precisar en esta segunda modalidad de conducta, por cuanto los servicios generalmente vienen tasados respecto al tiempo y lugar de prestación.
- **c)Resultado** de riesgo grave para la salud de las personas. Nos encontramos ante un delito de peligro concreto para persona determinada. Esta exigencia del riesgo grave para la salud de las personas es la que otorga relevancia penal a la conducta típica, pues de otra forma no se crea un peligro para el bien jurídico, y en consecuencia no deja de ser una mera infracción profesional. Este requisito, en cierto modo perturbador, ha sido introducido en el tipo con la finalidad de que únicamente tenga trascendencia penal la conducta del sanitario que desoye los requerimientos de quien realmente le necesita. Quedan así fuera del tipo aquellas desatenciones ocasionadas frente a requerimientos innecesarios. El sanitario que requerido por una persona que no se encuentra en una situación de peligro, le deniega la asistencia, podrá incurrir en responsabilidad administrativa, pero la escasa trascendencia real de tal omisión hace desaconsejable que se aplique el Código Penal.

El peligro ha de ser "grave" para la salud de las personas. Por "grave" aquí no debe entenderse manifiesto o patente, sino que va referido a la trascendencia o importancia para la salud. Y desde luego "salud de las personas" incluye tanto el riesgo para la vida como también para la integridad.

- **d)** La conducta se castiga cuando es **dolosa**, es decir, intencional, de modo que el sujeto activo tiene que tener conocimiento de la situación de peligro grave y del deber de actuar, y tener voluntad de no auxiliar al sujeto pasivo.
- **e)La pena** es de multa de doce a dieciocho meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años.

Pregunta 4: Una vez dentro de la unidad, tras terminar la valoración primaria, llama nuestra atención:

- 1. El estado neurológico del paciente (Respuesta correcta)**
2. El estado circulatorio del paciente.
3. El estado respiratorio del paciente.
4. Sus antecedentes personales.

Comentarios.

Como se expone en el caso clínico, llama la atención desde el primer contacto visual los movimientos erráticos ,el no poder ponerse de pie...

La intoxicación por Eme afecta al cerebro aumentando la actividad de por lo menos tres neurotransmisores (los mensajeros químicos de las células del cerebro): la serotonina, la dopamina, y la norepinefrina. Estudios de imágenes neurológicas en los usuarios de Eme, han demostrado cambios en la actividad del cerebro en las regiones que involucran la cognición, la emoción y la función motora.

Sin embargo no dejaremos de valorar el resto de las constantes del paciente, ya que el abuso de esta sustancia provoca, entre otros, la liberación del neurotransmisor norepinefrina que favorece el aumento de la frecuencia cardíaca y la tensión arterial.

Pregunta 5: ¿Cuál de estas sustancias conocida como Eme?

1. Cristal.
2. Éxtasis.
3. M.D.M.A.
- 4. Todas. (Respuesta correcta)**

Comentarios.

Su nombre científico es 3,4-Metilendioximetanfetamina y pertenece a la familia de las fenetilaminas. Se conoce como MDMA, pastis, cristal, eme, md... Estas sustancias suelen venir mezcladas con los siguientes adulterantes :

- Estimulantes: cafeína, anfetaminas y otros derivados anfetamínicos.
- Analgésicos: paracetamol y fenacetina.
- Otros: bufomedil, piperonal, dextrometorfano, dal , azúcares...etc.

Pregunta 6: ¿Cuáles son las diferentes maneras de tomar cristal?

1. Ingeriéndola, inhalándola.
2. Fundándola, inyectándola.
3. Mediante el sistema de tubo caliente, por el ano.
- 4. Todas son correctas. (Respuesta correcta).**

Comentarios.

Las diferentes formas de tomar MDMA, se caracterizan tanto del ambiente en que se desenvuelva el consumidor, como las distintas sensaciones que busque.

A modo de ejemplo:

- Ingeriendo: El tiempo que tarda en hacer efecto es entre 20 y 30 minutos y suele asimilarse de forma lenta y suave.
- Inhalándola: El tiempo que tarda en hacer efecto es entre 3 y 5 minutos. Como el tiempo de toma es mucho menor, el efecto es mas intenso que ingiriéndola. (suele ser la forma mas habitual).

Pregunta 7: ¿Los efectos de la droga Cristal suelen tener una duración de...?

1. 10-12 horas.
2. 2-4 horas.
- 3. 4-6 horas. (Respuesta correcta)**
4. hasta 24 horas.

Comentarios.

Tras la ingesta los primeros efectos (“Subida”) suelen aparecer entre los 20 y 90 minutos,

dependiendo de la forma en que se tome el Éxtasis. Pasado este periodo, los primeros efectos aparecen de manera repentina (“Subidón”) durante 5-20 minutos, para pasar a una fase de meseta que dura unas 2-3 horas. Los efectos suelen durar unas 4-6 horas, siempre dependiendo de la dosis y de la persona.

No obstante su deficiente estado neurológico ,hace evidente su traslado a centro asistencial, para observación y tratamiento si procediese. En ningún caso dejaríamos al paciente en semejante estado de “indefensión” al no poderse valer por si mismo.

En caso de negativa por parte del paciente a facilitar y colaborar en el traslado, sería necesario una valoración y conclusión del caso, por parte de un SVA Respuesta 8.Letra D.

Las intoxicaciones por MDMA, esta droga que pertenece a la familia de las anfetaminas (concretamente Metanfetamina),no tiene antídoto, por lo que el tratamiento es de soporte general, hidratando y corrigiendo el equilibrio ácido-base. Si bien es cierto que se produce una descontaminación digestiva, si la ingesta es inferior a dos horas. Esta se realiza con dosis de carbón activado, si bien el carbón activado no es un antídoto en si mismo ,sino un adsorbente de gran importancia ,muy útil en la mayoría de las intoxicaciones por vía oral.

El Anexate contiene un principio activo llamado flumazenilo, que es un antagonista (antídoto) de un grupo de fármacos llamados benzodiazepinas.

Pregunta 8: ¿En caso de que un médico o DUE le solicitase medicación para revertir la intoxicación, cuál de estos medicamentos le solicitaría?

1. Anexate.
2. Flumacenilo.
3. Carbón activado, si es vía oral.
- 4. No hay antídoto. (Respuesta correcta)**

Comentarios.

El tratamiento de la intoxicación por GHB es sintomático y de soporte, (incluyendo el respiratorio) si es necesario. El lavado gástrico y la administración de carbón activado no están indicados ya que el GHB se absorbe muy rápidamente.

La intoxicación por GHB no tiene antídoto. La naloxona y el flumazenilo son ineficaces.

Pregunta 9: Conocidos los datos obtenidos de la valoración primaria y secundaria del paciente, ¿Cómo resolvería usted la atención al paciente?

- 1. Le ofrecería traslado hospitalario y si no accede solicitaría SVA. (Respuesta correcta)**
2. Solicitaría SVA para valoración de la intoxicación
3. Le dejaría marchar a su domicilio pues es un consumidor habitual y sabe lo que hace.
4. Localizaría a los familiares para informarles de la situación y vengan a recogerle.

Comentarios.

Recapitulando la información extraída de la primera y segunda valoración, tenemos un paciente con signos que muestran parámetros normalizados o ligeramente alterados, sin llegar estos a dar sensación de riesgo vital o compromiso asistencial..

Pregunta 10: ¿Cuál de estas alteraciones serian motivo de alarma en el paciente?

1. Una tensión arterial mantenida de 150 / 80.
2. Cefalea y picores cutáneos.
- 3. Temperatura corporal de 39º y refiere mucha sed. (Respuesta correcta)**
4. 120 ppm y 96% de sat O2, en reposo y sin otros hallazgos.

Comentarios.

Entre las alteraciones sistémicas graves y con efectos potencialmente graves se encuentran aquellas que afectan al SNC que pueden ser de origen isquémico, hemorrágico o por trombosis del seno venoso cerebral, tiene como base fisiopatológica más probable la HTA aguda y una deshidratación sobreañadida. También se describen casos de colapso cardiovascular con shock en asistolia o la presentación de un síndrome coronario agudo.

Algunos pacientes pueden desarrollar, bien por la forma de consumo (en lugares con elevada temperatura ambiente y poco ventilados donde se baila muchas horas seguidas sin reponer adecuadamente la pérdida de fluidos) o por una reacción idiosincrásica, un síndrome muy parecido al maligno por neurolépticos, hipertermia maligna o “golpe de calor”, caracterizado por cansancio, mareo ausencia de sudoración, fiebre alta (>40°C), rigidez muscular y depresión de la conciencia, que en los casos mas graves se acompaña de convulsiones, rabdomiolisis, insuficiencia renal aguda o fallo multiorgánico de muy mal pronóstico.

Otros pacientes, sin haber presentado un cuadro de intoxicación aguda, pueden desarrollar a los pocos días de haber consumido estas drogas, también por idiosincrasia, hepatitis tóxica grave que puede evolucionar a hepatitis fulminante. La mayoría de los casos de muerte tras intoxicación por MDMA se asocian a hipertermia, rabdomiolisis, insuficiencia hepática y toxicidad cardíaca.

Rabdomiólisis es la descomposición de las fibras musculares que ocasiona la liberación de dichas fibras (mioglobina) en el torrente sanguíneo. Algunas de éstas son tóxicas para el riñón y con frecuencia causan daño

Conclusión.

Para terminar de exponer el caso, comentar la diferenciación entre el GHB y MDMA, conocido también como cristal líquido y cristal respectivamente.

El GHB o Éxtasis Líquido (ácido gammahidroxibutirico sódico), es una sustancia sin ninguna relación con la MDMA o éxtasis, si bien ambas se utilizan como droga recreativa y su consumo generalmente se da entre jóvenes y adolescentes. La falsa percepción de ser una droga segura, no adictiva, de fácil obtención y bajo precio, son las principales variables que contribuyen a la extensión del consumo. En España no hay descritos casos mortales, pero si en otros países.

La euforia, desinhibición, sensación de bien estar y estimulación sexual son los principales efectos deseados, al igual que pasa con otros sedantes como el alcohol, el exceso de dosis produce efectos en la depresión del sistema nervioso.

Es un potente depresor del SNC, que puede provocar coma profundo con depresión respiratoria, hipotensión y bradicardia.



Medios consultados.

- Procedimientos Samur Protección Civil 2016.
- Guias jurídicas Wolters Kluwer
- www.grugabuse.you
- Energy control
- Tweaker.org
- Medline plus