

RESUMEN

Las drogas de diseño son un reto más de los que afronta, a día de hoy, la enfermera en los Servicios de Urgencias de tercer nivel, donde el tiempo siempre escaso juega en contra.

Con este plan de actuación que se presenta, se intenta facilitar la labor profesional enfermera utilizando los instrumentos actuales de normalización del lenguaje enfermero.

Haciendo con ello visible que su uso también es posible en las Unidades de Urgencias.

Simplemente se ha puesto por escrito lo "invisible".

INTRODUCCIÓN

Hay un hecho presente y evidente en la sociedad de consumo actual y se podría titular como: "El éxtasis del fin de semana".

Ya en 1998 Corral y Sopolana decían "el consumo de las drogas de diseño del grupo de los análogos de las anfetaminas como la MDMA o "Éxtasis" presenta un importante auge en España según se desprende las encuestas y decomisos policiales".

Nadal (2002) señala el progresivo aumento que han experimentado las urgencias generadas por éxtasis líquido basándose en el estudio que sobre intoxicación por éxtasis líquido llevaron a cabo Miró y colaboradores, publicado en la revista Clinical Toxicology.

La afluencia de consumidores de las mencionadas drogas de diseño a los servicios de urgencia de los Hospitales está convirtiéndose en algo habitual, que no por habitual deja de ser menos desconcertante por el cierto desconocimiento que aún sobre ellas existe en cuanto a su toxicidad, tanto a corto como a largo plazo. (Navarre 2003).

Corral y Sopolana (1998) presentan la clasificación de la OMS para las principales drogas de abuso de síntesis química ilegal.

- Análogos del fentanilo: heroína sintética.
- Análogos de la meperidina: MPPP, MPTP, PEPAP.
- Análogos de anfetaminas; TMA -2, PMA ("droga de la muerte"), DOM, MDA ("Píldora del amor"), MDMA ("éxtasis", "XTC", "Adán"), MDEA ("Eva").
- Análogos de fenciclidina: DMT ("Viaje del ejecutivo").
- Aminorex y análogos.

De todas ellas la más popular en el Éxtasis (MDMA), que suele presentarse en forma de pastillas con un logo, y se las conoce con el nombre en Argot de Eva, Adán, Canal Plus, Euro, Pinocho, ... etc. (Amigó 2002).

Corral (1998) exponía que numerosas publicaciones indicaban ya entonces que el uso del MDMA estaba alcanzando dimensiones epidémicas en España, presentando los siguientes datos:

"La prevalencia no se conoce con exactitud; y se recogen cifras a partir de encuestas en adolescente y jóvenes sobre su consumo al menos una vez a lo largo de su vida: el 31% de jóvenes ingleses entre 16-25 años en 1992; de un 4,5 a 6% de ingleses de 14 años en 1993; o el 2% de jóvenes de 13-15 años en USA en 1993. En España, en un estudio de Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD) de 1993, se refleja que un 2,1% de la población de más de 15 años ha consumido drogas sintéticas alguna vez en la vida; frente a un 16,2% de consumidores de cannabis, 4,2% de cocaína y 0,7% de heroína. Casi la mitad de las personas han iniciado su consumo entre el año 1990 y 1993; esto indica que es un proceso de introducción reciente y, por lo tanto, parece que en expansión. En 1994, en Valladolid, se obtiene una prevalencia, en estudiantes universitarios de 1,6% de consumo de éxtasis u otras drogas de diseño en alguna ocasión. En la Comunidad de Madrid, en 1997, el 3,1% de la población entre 15 y 65 años refirió haberla consumido en alguna ocasión. Navarra es la Comunidad Autónoma (CA) que presenta una mayor prevalencia del consumo de MDMA, seguida de las CCAA mediterráneas (Valencia, Murcia, Baleares y Cataluña). Sólo la mitad de los que la han probado una vez la han vuelto a consumir. Este dato, junto al de que sólo un 5,5% de los que la usan actualmente dicen consumirla casi todas las semanas, sugiere que la mayoría de los consumidores son experimentales o de tipo social y ocasional. De momento, sólo una reducida proporción podría encajar en patrones de consumo más intensos".

Entre las características que la hacen tan famosa, se encuentra: sensación de intimidad y cercanía con las demás personas; incremento de la capacidad para comunicarse, liberación de prejuicios, cercanía hacia los otros, tolerante y acomodadizo. (Corral 1998).

Los mismos autores en diferentes tablas (II y III) presentan los efectos físicos y agudos.

Tabla II (Corral y Cols)

Efectos psíquicos agudos (<24 h. tras ingesta de MDMA)

Frecuentes	Menos frecuentes (<50% de los casos)
<ul style="list-style-type: none">• Sensación de intimidad y cercanía con los demás.• Incremento de la capacidad para comunicarse.• Mayor tolerancia y acomodación con los demás.	<ul style="list-style-type: none">• Descenso de la obsesividad, de la inquietud, de la impulsividad.• Consciencia de recuerdos inconscientes.

<ul style="list-style-type: none"> • Euforia y locuacidad. • Despreocupación. • Confianza y seguridad en sí mismo. • Expansión de la perspectiva mental, mejora del autoconocimiento (insight), conocimiento de problemas o patrones de conducta anormales*. • Incremento de la conciencia de las emociones. • Aumento del deseo sexual#. • Descenso de las defensas y del miedo a la comunicación de las sensaciones, de la sensación de alienación y expansión de las fronteras personales. • Descenso de la agresividad. • Alteración en la percepción del tiempo. • Disminución de realizar tareas físicas o mentales. • Alteración de la memoria anterógrada y retrógrada (mayor que con el alcohol). • Despersonalización. • Intensificación de la conciencia sensorial. • Cambios en la percepción visual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas en la realización de cálculos matemáticos. • Dificultades en el lenguaje. • Juicio alterado. • Dificultades de atención y concentración. • Ideas paranoides. • Aumento del estado de alerta. • Alucinaciones visuales. • Luminiscencia de los objetos.
---	---

* En el trabajo de Solowij se recoge que es una droga con la que el sujeto siente que puede mantener bajo control tanto los pensamientos como las acciones; esto es lo que argumentan con frecuencia los consumidores de por qué prefieren el éxtasis frente a otras drogas "alteradoras de la mente".

Aunque algunos individuos utilizan la MDMA como un intensificador de la sexualidad, lo que refieren es un aumento en la cercanía emocional durante la relación sexual. Sólo incrementa el deseo de iniciar el sexo, ya que aumenta los aspectos sensuales del sexo, pero reduce la fase de excitación produciendo, incluso, impotencia en el varón.

Tabla III (Corral y Cols)

Efectos físicos agudos (<24h. tras la ingesta de MDMA)

Frecuentes	Menos frecuentes (<50% de los casos)
<ul style="list-style-type: none"> • Trismus. • Taquicardia. • Bruxismo*. • Sequedad de boca. • Disminución del apetito. • Midriasis. • Ataxia. • Hiperrreflexia. • Deseo de micción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temblores. • Palpitaciones. • Sudoración y deshidratación. • Parestesias. • Insomnio. • Episodios repentinos de frío y calor. • Mayor sensibilidad al frío. • Mareos o vértigo. • Visión borrosa. • Lumbalgias. • Nauseas y/o vómitos. • Anorexia.

* El bruxismo ha sido referido como el efecto adverso más frecuente y más indeseable, que en ocasiones, ha requerido asistencia médica. Raramente estos efectos son causa de demanda de asistencia sanitaria y se autolimitan en pocas horas tras la ingesta.

Tabla IV (Corral y Cols)

Efectos físicos a medio-largo plazo (24 h. tras la ingesta de MDMA)

Frecuentes	Menos frecuentes (<50% de los casos)
<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia. • Dolores musculares o fatigabilidad. • Tensión en las mandíbulas. • Cefalea. • Sequedad de boca. • Lumbalgia. • Hipertonía cervical. • Rigidez articular.

- Calambre estomacal.

Ante una intoxicación aguda y a su llegada a urgencias la sintomatología puede ser muy variada y no siempre presente lo que hace que el factor "sospecha" sea fundamental y puedan ser, siguiendo a Amigó (2002), con modificaciones:

- Neurológica:

o inquietud, ansiedad, hiperventilación, agitación, midriasis, cefaleas, mareos, inestabilidad, agresividad, conducta psicótica, convulsiones, insomnio e irritabilidad.

- Muscular:

o Temblores y contracturas e hipertonia muscular.

- Digestiva:

o Nauseas y vómitos.

- Cardiovascular:

o Taquicardia (> 150 pm), hipertensión arterial y arritmias cardiacas, palpitaciones.

- Otra:

o Hipertermia, sudoración, rash cutáneo, retención urinaria, oliguria.

El objetivo, de este artículo, no pretendía ser un estudio exhaustivo sobre las drogas de diseño, habiéndolas como las hay de gran riqueza en datos y de los que se nutre este trabajo; sino presentar un plan de actuación claro para las enfermeras de urgencias, que atienden a pacientes viviendo este particular estado de "salud".

Oscar Miró en Nadal (2002) expone que ante este tipo de drogas no se cuenta con un antídoto y que por lo tanto la actuación se dirige más a un tratamiento sintomático.

Ese tratamiento sintomático precisa, obviamente, de la colaboración e intervención enfermera, pero que desde luego no excluye su labor autónoma. Por lo tanto los conceptos diagnósticos de los que se parte son dos: el clásico biomédico y el enfermero NANDA 1999, porque ante estas situaciones nos e excluyen sino que se complementan.

En el documento que se ha elaborado hay un apartado, el II, que se denomina protocolo de actuación rápido, en el que se discrimina claramente la aplicación de cuidados de enfermería y la administración de tratamiento según prescripción.

La valoración enfermera del paciente se hace siguiendo el modelo de Virginia Herderson a partir de la adaptación llevada a cabo por Luís y colaboradores (2000). Las áreas de dependencia estarían relacionadas con la fuerza y los conocimientos.

En esta situación, intoxicación por drogas de diseño, se puede llegar a confusión de "intereses" conceptuales, pues las posibles complicaciones, que la intoxicación por drogas de diseño, puede presentar, exigen una vigilancia y entraríamos en el terreno de los problemas de colaboración; pero así mismo hay una intervención propia enfermera de "vigilancia" en cuanto a posibles cambios de conducta, posibles respuestas de la persona ante la situación.

Decir que los pacientes habituales consumidores de drogas de diseño, no siempre son "llevados a urgencias", sino que acuden por su propio pie porque lo que han experimentado, en esa vez, varía respecto a la norma y es su temor a lo desconocido, a lo que pueda venir, lo que les hace acudir a urgencias.

Ugalde (1998) habla de que el MDMA produce reiterados ataques de pánico, discernir si el miedo que el paciente expresa es el producido por la droga o por el desconocimiento de lo que pueda suceder es complicado.

Este plan de cuidados se está llevando a cabo de modo habitual en nuestro Servicio de Urgencias, aunque, a día de hoy, no hay estudios de seguimiento de la efectividad del mismo; se puede decir que esto último es algo positivo en la medida de que es una puerta abierta a seguir investigando.

DOCUMENTO DE TRABAJO INTOXICACIÓN POR DROGAS DE DISEÑO. PLAN DE CUIDADOS. UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

DEFINICIÓN

Ingesta de fármacos sintéticos derivados de las anfetaminas. Los efectos de los mismos están condicionados a variables como la cantidad, calidad, la vía de administración, las características individuales del sujeto consumidor (peso, edad...), las características ambientales del consumo.

PROTOCOLO RÁPIDO DE ACTUACIÓN

- Monitorización.
- Constantes Vitales: P, TA, Tª, R, STO2, Diuresis.
- Canalización vía venosa periférica.
- EKG.
- Aplicación Plan de Cuidados de Enfermería.
- Administración Tratamiento según prescripción médica.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico enfermero. Nanda	Intervenciones NIC	Criterios de resultados. NOC
<p>1.- Riesgo de asfixia en relación con falta de precauciones de seguridad y/o dificultades cognitivas o emocionales</p>	<p>1.1.- Control vías aéreas</p> <p>1.1.1.- Colocar al paciente en posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.</p> <p>1.1.2.- Abrir la vía aérea mediante la técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula si procede.</p> <p>1.1.3.- Identificar al paciente que requiera de manera real o potencial la intubación de vías aéreas.</p> <p>1.1.4.- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación si procede.</p> <p>1.2.- Control y seguimiento respiratorio.</p> <p>1.2.1.- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.</p> <p>1.2.2.- Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de la aspiración. • Control del riesgo. • Detección del riesgo.
<p>2.- Confusión aguda en relación con el uso de la droga.</p>	<p>2.1.- Vigilancia periódica de los signos vitales.</p> <p>2.1.1.- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, oximetría.</p> <p>2.1.2.- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.</p> <p>2.1.3.- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.</p> <p>2.1.4.- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales</p> <p>2.2.- Vigilancia seguridad.</p> <p>2.2.1.- Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas.</p> <p>2.2.2.- Comunicar la información acerca del riesgo del paciente a los otros miembros del personal de cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de pensamiento distorsionado. • Elaboración de la información.
<p>3.-Hipertermia en relación con hiperactividad, deshidratación, exposición ambiente caluroso.</p>	<p>3.1.- Tratamiento de la fiebre.</p> <p>3.1.1.- Administrar un baño tibio con una esponja, si procede.</p> <p>3.1.2.- Aplicar bolsas de hielo cubiertas con una toalla en las ingles y las axilas.</p> <p>3.1.3.- Aumentar la circulación de aire mediante un ventilador.</p> <p>3.2.- Control de líquidos.</p> <p>3.2.1.- Vigilar el estado de hidratación: (mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea), según sea el caso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Termorregulación.

	<p>3.2.2.- Monitorizar signos vitales si procede.</p> <p>3.3.- Control del medio ambiente.</p> <p>3.3.1.- Disponer de medidas de seguridad mediante barandillas laterales, acolchamiento de barandillas si procede.</p> <p>3.3.2.- Disminuir los estímulos ambientales, si procede.</p> <p>3.3.3.- Ajustar una temperatura ambiental adaptada a las necesidades del paciente en caso de que sea preciso.</p>	
<p>4.- Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos en relación con diaforesis. Déficit ingesta de líquidos.</p>	<p>4.1.- Control de líquidos y electrolitos.</p> <p>4.1.1.- Ajustar un nivel de perfusión intravenoso adecuado.</p> <p>4.1.2.- Vigilar signos vitales.</p> <p>4.2.- Control de líquidos I.</p> <p>4.2.1.- Vigilar el estado de hidratación.</p> <p>4.2.2.- Monitorizar signos vitales si procede.</p> <p>4.3.- Control de líquidos II.</p> <p>4.3.1.- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos : hipertermia, diaforesis.</p> <p>4.3.2.- Observar las mucosas, turgencia de la piel y la sed.</p> <p>4.3.3.- Mantener el nivel de flujo intravenoso prescrito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Control de riesgo. ● Equilibrio hídrico. ● Termorregulación.
<p>5.- Alteración eliminación urinaria en relación con el déficit en el aporte de líquidos y/o ansiedad.</p>	<p>5.1.- Control de líquidos I.</p> <p>Ver intervención 4.2.</p> <p>5.2.- Control de líquidos II.</p> <p>Ver intervención 4.3.</p> <p>5.3.- Disminución de la ansiedad.</p> <p>5.3.1.- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</p> <p>5.3.2.- Favorecer la intimidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Eliminación urinaria.
<p>6.- Ansiedad en relación con crisis situacional, amenaza del entorno, stress, ingesta de la droga.</p>	<p>6.1.- Disminución de la ansiedad.</p> <p>6.1.1.- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.</p> <p>6.1.2.- Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar, durante el procedimiento.</p> <p>6.1.3.- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.</p> <p>6.1.4.- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.</p> <p>6.1.5.- Escuchar con atención.</p> <p>6.1.6.- Crear un ambiente que facilite la confianza.</p> <p>6.1.7.- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Control de la agresión. ● Control de los impulsos. ● Control de la ansiedad.

	<p>6.1.8.- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</p> <p>6.1.9.- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</p> <p>6.1.10.- Controlar los estímulos si procede, de las necesidades del paciente.</p> <p>6.2.- Presencia.</p> <p>6.2.1.- Mostrar una actitud de aceptación.</p> <p>6.2.2.- Comunicar oralmente simpatía o comprensión por la experiencia que está pasando el paciente.</p> <p>6.2.3.- Establecer una consideración de confianza y positiva.</p> <p>6.2.4.- Escuchar las preocupaciones del paciente.</p> <p>6.2.5.- Permanecer en silencio, si procede.</p> <p>6.2.6.- Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.</p> <p>6.2.7.- Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.</p> <p>6.2.8.- Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los períodos de ansiedad.</p>	
<p>7.- Riesgo de violencia en relación con el uso de la droga, crisis situacional, amenaza del entorno, stress.</p>	<p>7.1.- Actuación ambiental : prevención de la violencia.</p> <p>7.1.1.- Eliminar las armas potenciales del ambiente.</p> <p>7.1.2.- Instruir a las visitas y demás cuidadores acerca de las cuestiones sobre seguridad para el paciente.</p> <p>7.1.3.- Colocar al paciente en una habitación situada cerca del control de enfermería.</p> <p>7.2.- Control de la conducta.</p> <p>7.2.1.- Hablar en voz baja y con tono suave.</p> <p>7.2.2.- Redirigir la atención del paciente, alejándole de las fuentes de agitación.</p> <p>7.2.3.- Evitar proyectar una imagen amenazadora.</p> <p>7.2.4.- Evitar las interrupciones.</p> <p>7.2.5.- Evitar preocupar al paciente.</p> <p>7.2.6.- Evitar discusiones con el paciente.</p> <p>7.2.7.- Ignorar las conductas adecuadas.</p> <p>7.2.8.- Alabar los esfuerzos de autocontrol.</p> <p>7.3.- Disminución de la ansiedad.</p> <p>Ver intervención 6.1.</p> <p>7.4.- Vigilancia.</p> <p>7.4.1.- Vigilar esquemas de comportamiento.</p> <p>7.5.- Vigilancia : seguridad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Control de la agresión. ● Control de los impulsos. ● Control del pensamiento distorsionado.

	7.5.1.- Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.	
	7.5.2.- Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas si es necesario.	

BIBLIOGRAFÍA

- North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses : Definitions and Classification 2005-2006. NANDA International Philadelphia; 2005.
- Mc Closkey J; Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). [Nursing Interventions Classification (NIC)]. Editorial Sintesis; 1999.
- Johnson M. y Cols. Nursing Outcomes Classification (NOC). Ed. Harcourt; 2001.
- Ugalde M. y cols. Drogas de Diseño. ROL de enfermería 1998; 242: 51-55.
- NADAL MJ. Especial sustancias psicoactivas. Presentación; La información nos permite decidir. ROL de enfermería 2002 ; 25 (10): 52.
- González M. Historia reciente de las sustancias psicoactivas. ROL de Enfermería 2002; 25 (10): 53-60.
- Castellanos M, Castellanos MA. Brujas de Salem, escobas Voladoras y drogas de síntesis. ROL de enfermería 2002; 25 (10): 62-66.
- Amigó M. ¿Qué se debe tener en cuenta cuando ingresa en urgencias un paciente con sobredosis por una droga de abuso?. ROL de Enfermería 2002; 25 (10): 69-73.
- Nadal MJ. Apariencia moderna & contenido peligroso. ROL de enfermería 2002; 25 (10): 74-75.
- Corral y Alonso MA, Sopelana PA. Drogas de Diseño: la MDMA ("Éxtasis"). Psiquiatría Pública 1998; 10 (6): 49-58.
- Clasificación de las drogas. <http://www.Camporenacimiento.Com/adiccion/clasificacion.Htm>.
- Luis MT y Cols. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. MASSON; 2000.
- Luis MT. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. MASSON; 2000.
- Navarre T. Difícil manejo del crítico por drogas de diseño (18-6-03). <http://diariomedicovd.recoletos.es/edici3n/noticia/0,2458,309189,00.html>.