

BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA
ATENCIÓN PRIMARIA

ASPECTOS MÉDICO LEGALES DE LAS URGENCIAS
TOXICOLÓGICAS (1)

La toxicología y la medicina de urgencia tienen en común que ninguna de las dos son especialidades en nuestro país. Aunque en la práctica diaria de la urgenciología existen emergencias toxicológicas, en la mayoría de los países ambas están ligadas al ámbito hospitalario. En España, la toxicología depende del Ministerio de Justicia, lo que refleja el peso que la rama forense presenta. Es por ello, que en el campo de la docencia clínica, la toxicología está prácticamente ausente, integrada como parte de la asignatura de Medicina Legal y Toxicología.

El profesional de la medicina, requiere de un adecuado conocimiento científico, pero también obligaciones morales derivadas de la legislación, tanto con el paciente como con la sociedad. Es fundamental identificar las actitudes y evaluar el conocimiento médico sobre los aspectos legales del manejo del paciente intoxicado, a fin de implementar o mejorar estrategias comunicativas entre los profesionales de la salud y de éstos con su comunidad, que permitan hacer una valoración objetiva médico-legal de este tipo de situaciones de salud, con el objeto de obtener un adecuado desenvolvimiento legal del profesional sanitario y lograr brindar mejor calidad en el servicio.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

Intoxicación

Se define como la aparición de un síndrome reversible específico de cada sustancia tras la reciente ingestión de la misma, y lleva consigo la presencia de cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos, clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el Sistema Nervioso Central, que se presenta durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después. Es por tanto, un estado transitorio, de intensidad variable según la fase metabólica, el tipo de sustancia, la dosis y la

propia individualidad del sujeto, siendo bien conocido que no todos los organismos responden igual a la administración de una droga, sino que existen disposiciones personales de mayor riesgo toxicofílico.

A modo ilustrativo, destacaremos algunos aspectos clínicos de cada grupo clínico, de manera que resulte más fácil comprender las repercusiones legales que van a suponer.

A.- Opiáceos

La sintomatología inicial que origina el consumo habitual de este grupo de sustancias se caracteriza por la inhibición psicomotora generalizada, la tranquilidad, cierta euforia, supresión de las preocupaciones cotidianas, miosis, estreñimiento, enlentecimiento respiratorio, y todo ello unido a un empobrecimiento emocional generalizado que se ha dado en llamar "Síndrome Amotivacional" es decir, no tener interés por nada, no sentir ganas de moverse hacia algo y en definitiva no poseer el impulso vital para mejorar o crear.

Este tipo de sustancias genera una dependencia psíquica y física intensa (Síndrome de Abstinencia) situación bajo la cual se cometen frecuentemente actividades delictivas.

B.- Cannabinoides

Los derivados del cannabis tienen los siguientes efectos sobre el organismo: euforia y exaltación afectiva, ansiedad, eyección conjuntival, risa inmotivada, hipertensión, sequedad de mucosas (por lo que beben mucha agua). Además, el consumo abusivo y reiterado de Cannabis puede llegar a desencadenar cuadros de tipo psicótico con severas alteraciones del contenido del pensamiento (ideación delirante paranoide) y

trastornos senso-perceptivos (alucinaciones).

Desde el punto de vista legal y jurisprudencial ha sido considerada una droga "blanca", aspecto este hoy muy debatido y controvertido debido a los efectos tan negativos que puede llegar a tener sobre el Sistema Nervioso Central (cuadros psicóticos), sobre todo si se consume asociada al alcohol, como suele ser lo habitual entre los más jóvenes.

C.- Cocaína

La cocaína es un potente estimulante, originando como síntomas más destacados los siguientes: inquietud, excitabilidad, temblores finos, midriasis, hipertensión y euforia con sensación de omnipotencia y de bienestar generalizado. Se consume habitualmente por vía intranasal, aunque también se puede absorber por otras vías (fumada, digestiva, intravenosa).

Su uso continuado es capaz de producir lo que se denominaban psicosis tóxicas y que actualmente conocemos como Trastornos Psicóticos Inducidos (trastornos delirantes, delirium, etc.).

Este tipo de psicosis generada por la cocaína es muy alucinatoria, teniendo el sujeto afectado múltiples sensaciones visuales, auditivas y olfativas inexistentes en la realidad pero muy palpables para él.

Se han descrito casos de intoxicación aguda que han originado la muerte por parada cardíaca, muerte que se debe a fibrilación ventricular por el efecto de bloqueo que tiene el alcaloide, y que no se revierte ni siquiera con el masaje cardíaco ni con el uso del desfibrilador.

D.- Anfetaminas

Son también poderosos estimulantes del Sistema Nervioso Central con efectos más prolongados que los que se obtienen con el uso de la cocaína, debido a que empujan la salida de los neurotransmisores al espacio sináptico, y no inhiben la recaptación del mismo como hace la cocaína. Este tipo de sustancias ha sido utilizado en muchos países como anorexígeno y como mantenedor de la vigilia por estudiantes, e incluso se ha

usado en el manejo de los niños "hiperactivos".

Sus efectos son básicamente euforizantes y de disminución del cansancio y aceleración de las funciones psíquicas.

E.- Drogas de Síntesis

Son un grupo de drogas sintetizadas químicamente a partir fundamentalmente de las anfetaminas.

Todas estas sustancias al ser derivadas de la fenilisopropilamina tienen efectos estimulantes, aunque también poseen acciones alucinatorias. Sus consecuencias clínicas se presentan entre los 20 y 60 minutos de su ingesta, siendo máximas a las dos horas.

La muerte que puede darse, ocurre habitualmente por un golpe de calor y shock, cuando la hipertermia sube por encima de lo tolerable y fracasan los mecanismos de defensa del sujeto.

F.- Alucinógenos

El representante más característico de este grupo de sustancias, o por lo menos el más conocido en nuestro medio, es la dietilamida del ácido lisérgico (LSD 25). Su característica distintiva es la capacidad de inducir un cuadro alucinatorio (sobre todo alucinaciones visuales), acompañado de desorientación temporo-espacial y trastornos en la unidad e identidad del yo, todo ello conocido en el argot como "viaje".

También en este grupo hay que introducir las denominadas "setas alucinógenas".

Otros alucinógenos también utilizados son la mescalina (procedente del Peyote -hongo mexicano-), la bufotenina (alcaloide procedente de la piel de determinados sapos sudamericanos), y las harmalinas y harmalinas (de la planta amazónica Ayahuasca).

G.- Disolventes

Son sustancias de composición muy variada, integradas fundamentalmente por colas, pegamentos, gasolinas, etc., que son inhaladas por los sujetos y cuya acción tóxica es parecida a los de una embriaguez etílica con alucinaciones.

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES

Las personas afectadas por un cuadro de intoxicación por drogas suelen tener alteradas habitualmente sus capacidades de querer, entender y obrar, por lo que a todos los efectos se debe considerar el caso como una “urgencia hospitalaria”; de aquí la necesidad de internar a la persona “en contra de su voluntad” en un establecimiento sanitario, y la obligada cumplimentación de la normativa jurídica que hay al respecto. Aunque nadie puede ser internado en un centro sanitario en contra de su voluntad, y de ser necesaria esta medida, se debe requerir la autorización judicial previa para ello. En el momento presente este internamiento está regulado por el Artículo 763 y otros de la Ley de Enjuiciamiento Civil de reciente instauración en nuestro país.

A los efectos prácticos si la persona bajo el efecto de la sustancia tiene una crisis lo suficientemente intensa, lo primero es valorarlo in situ, tratar según la sustancia consumida y llevarlo al Servicio de Urgencias del hospital más cercano; en dicho Servicio se valorará la necesidad del ingreso, y si resulta necesario, el propio hospital pedirá la autorización judicial,

para lo cual tiene un plazo máximo de 24 horas, tras el cual el Juzgado debe decidir por escrito en un plazo nunca superior a las 72 horas, después de oír al paciente, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona relevante en el caso, ya que al fin y al cabo cualquier internamiento es un acto médico y su motivación es siempre terapéutica y no represiva.

Un problema de importancia es cuando el paciente no quiere ir al hospital, ya que si no está incapacitado, nadie puede obligarle por la fuerza sino es con una autorización judicial. En este caso y si hay graves riesgos para él mismo o para otras personas, puede recurrirse inclusive a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, que si bien no están obligadas a dicho transporte, sí lo están para ayudar inclusive a la contención del paciente o acompañarlo.

Por supuesto, el médico de guardia al recibir una persona bajo los efectos de la intoxicación debe dar parte de inmediato como lo haría si de una lesión se tratara, en la misma forma que el tan conocido “Parte de Lesiones”, siendo esto de obligado cumplimiento y poco conocido por los profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Villanueva E. Introducción a la toxicología. En: Gisbert JA. Eds. Medicina legal y toxicología. Barcelona: Masson, 1998: 597-604.
- 2.- Ferner RE. Analysis of drugs and drugconcentration in blood and otherbodycompartments. En: Ferner RE. Eds. ForensicPharmacology. Oxford : Oxford UniversityPress, 1996: 35-74.
- 3.- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2070/1999 que regula las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. BOE núm. 3, 4/01/2000.
- 4.- Boletín Oficial del Estado. Orden Ministerial sobre normas para la preparación y remisión de muestras objeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología. BOE núm. 308, 23/12/1996.
- 5.- Ley Enjuiciamiento Criminal. Pamplona: Aranzadi, 1999.
- 6.- Código Penal. Madrid: Colex. 1999.
- 7.- Gisbert JA, Gisbert MA. Documentos medico-legales. En: Gisbert JA. Eds. Medicina legal y toxicología. Barcelona: Masson, 1998:136-142.
- 8.- Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, 15/11/2002.
- 9.- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 13/1992 reglamento general de circulación para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial. BOE núm. 27, 31/01/1992.
- 10.- Hernández AF, Gil F, López O, Rodrigo L, Pla A (2009) La Toxicología en el grado de Medicina: ¿Una materia devaluada en los nuevos planes estudio?. RevToxicol26:16.
- 11.- Cabrera Forneiro J ED. Aspectos Médico Legales de la Drogadicción. Ed. Mosby, Madrid 2000.
- 12.- Gómez Alcalde MS. Mortalidad violenta en el partido judicial de Alcalá de Henares, 1985-1989. (Tesis Doctoral). Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares; 1993.
- 13.- Rodes F, Vázquez A, Martí Lloret JB. Medicina Forense y el daño a las personas. RevEspMedLeg 1998; 22:32-7.
- 14.- Criado MT. Valoración médico-legal de las lesiones en el derecho penal. En: Criado MT, editor. Valoración médico-legal del daño a la persona. Madrid: Colex; 1999, 707-96.
- 15.- Criado MT. Normas relacionadas con las lesiones legales. En: Serrat D, editor. Manual de normativa médica y sanitaria. Madrid: Colex; 1998, 381-406.
- 16.- Álvarez E, Rodríguez E, Hernández T. Sistemática utilizada en el Centro Nacional de Toxicología, urgencias Toxicológica. RevMedMill, (2000); 29 (1): 36-40.
- 17.- Teijeira R. Aspectos legales de la atención toxicológica. Anales Sist. San. Navarra 2003; 26 suplemento 1: 275-280.
- 18.- Caballero F. Ampliación de los criterios de aceptación de los donantes de órganos. Resultados a corto y largo plazo de trasplantes realizados con injerto de donantes fallecidos por intoxicación aguda. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, 2005. Disponible en: http://www.tdx.cbuc.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1212105-192326/fc1de1.pdf
- 19.- de Cabo FM, Paredes D, García A, Nogué S. Intoxicaciones mortales y donación de órganos. MedClin (Barc) 2002; 118: 557-8.
- 20.- Naya MT, Miranda B, Cuende N, González I, Felipe C. Trasplantes renales con riñones procedentes de donantes fallecidos por intoxicación aguda por fármacos o Tóxicos. Nefrología 1999;19: 434-442.
- 21.- al. RevEspAnestReanim 1986; 33: 373.-Zavala E, Nogué S. Intoxicación por metanol y trasplante ren
- 22.- Instituto Nacional de Ciencias Forenses. SERVICIO DE INFORMACION TOXICOLÓGICA. Disponible en: <http://www.mju.es/toxicologia/Nogué S. UNIDADES FUNCIONALES DE TOXICOLOGÍA CLÍNICA. Disponible en: http://wzar.unizar.es/stc/unidades/unidades.html>

AUTORES:

Dr. D. José Manuel Vergara Olivares.
Dr. D. José Ángel Reyes Parras.

COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras.

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1ª Planta. 51002 CEUTA.
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 687-15-012-7
Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>