



INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

Luz María González Gualda, María De Los Dolores Sánchez García ,Rocío Sáez Povedano, Miguel Barberán Navalón, Patricia Fernández Sotos, Rosa María Sánchez Bañón.

lgonzalezgualda@icloud.com

Tóxicos, consumo drogas, urgencias

INTRODUCCIÓN-OBJETIVO

El abuso de sustancias es una realidad cada vez más patente en la sociedad actual, en el capítulo siguiente pretendemos aclarar una serie de conceptos básicos acerca de este tema. Gran parte de las urgencias psiquiátricas consisten en atender a pacientes que acuden al hospital bajo los efectos del alcohol y las drogas, el profesional debe saber actuar con celeridad e intentar evaluar la magnitud del problema sabiendo si debemos derivar al paciente a un centro de drogodependencias, al médico de atención primaria o al domicilio familiar. Por tanto, el consumo de drogas genera una importante demanda en los servicios de urgencia que implica en su manejo a diferentes profesionales. Además de la atención psiquiátrica especializada por la psicopatología que se presenta tanto por el consumo como por la abstinencia de las diferentes sustancias, es frecuente la asistencia a pacientes drogodependientes por descompensación de las enfermedades médicas que suelen tener asociadas, fundamentalmente la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pero también por endocarditis, hepatopatías, etc; asimismo, son pacientes que suelen frecuentar los servicios quirúrgicos por lesiones o traumatismos. Las toxicomanías son, por lo tanto, una patología que debe conocer todo médico que atienda urgencias, con independencia de su especialidad, para tener la capacidad de solventar una posible urgencia relacionada con el uso de sustancias.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

Los suicidios, los homicidios y los accidentes suponen el 80% de las muertes de los adolescentes y en la mitad de estos casos influyen el alcohol y las drogas.

A continuación hablaremos de una serie de conceptos necesarios para poder introducirnos en el capítulo de drogodependencias:

- Droga de abuso: Es aquella sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada.
 - Dependencia: Consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que nos muestran que el sujeto continua consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.
 - Tolerancia: Es la necesidad de aumentar la dosis para conseguir el efecto deseado o una disminución de los efectos de la dosis con un uso continuado de la misma. El grado de tolerancia varía en función del tipo de sustancia.
 - Abstinencia: Son una serie de síntomas cognoscitivos y fisiológicos que aparecen cuando disminuye la concentración de una sustancia en sangre en un sujeto que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de la sustancia. Para evitar estos síntomas el sujeto consume el tóxico.
 - Abuso: Es un consumo perjudicial de sustancias con consecuencias adversas y recurrentes en la vida del individuo pero sin llegar a cumplir los criterios de dependencia (todavía no hay fenómenos de tolerancia ni de abstinencia).
- Las drogas tienen diversas vías de administración entre las que se encuentran: oral, pulmonar, nasal, rectal o genital y parenteral. Las formas de consumo pueden ser: experimental, ocasional, habitual o compulsiva.

El objetivo es conocer los cuadros más frecuentes de urgencias en el contexto de consumo de drogas, y establecer las pautas que deben seguirse con cada uno de ellos.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

METODOLOGÍA

Revisión sistemática de artículos científicos consultando las bases de datos MedLine y The Cochranre Library Plus, sin restricción de fecha, en los idiomas español e inglés. No se hicieron restricciones respecto al tipo de estudio. Se revisaron los abstracts y en los casos necesarios los artículos completos, teniéndose en cuenta finalmente todos los artículos que incluían temas consumo de drogas en Urgencias.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos concluyen que dependiendo de la sustancia tóxica consumida, podemos sintetizar de cada una de ellas:

Opiáceos: El término opiáceo es frecuentemente utilizado para referirse a todas las drogas similares al opio. Los opiáceos se clasifican en naturales (morfina), semisintéticos (heroína) y sintéticos (metadona). Son potentes depresores del SNC y por lo tanto su efecto puede sumarse al de otros depresores como el alcohol o las benzodiazepinas. La sustancia más importante dentro de este grupo es la heroína que es un derivado sintético del opio, introducido en terapéutica en 1898 por Bayer como antitusígeno y analgésico supuestamente desprovisto de acción adictógena. Sin embargo, constituyo un fracaso terapéutico.

Debido a esta capacidad para generar dependencia no es útil en terapéutica. Solo tiene interés toxicológico. La heroína activa un sistema de nuestro propio organismo denominado “sistema opioide”, que regula procesos físicos y psíquicos tan importantes como la sensación de placer, de satisfacción, el control del dolor y de las funciones respiratorias y cardiovasculares. Este sistema produce unas sustancias naturales llamadas “opioides endógenos” cuyos efectos son imitados en gran parte por la heroína.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

Así, el consumo de heroína activa el sistema opioide de forma antinatural y produce cambios en el cerebro que obligan a la administración continuada de esta droga ya que, si se interrumpe, aparece sintomatología de abstinencia, es decir, el sistema nervioso central necesitará la aportación externa de esta sustancia para mantener la regulación de las funciones que realiza.

A pesar de la disminución de su consumo es el tóxico que genera más problemas en los servicios de urgencias solo superado por el alcohol. Algunos opiáceos se prescriben como analgésicos, anestésicos, antidiarreicos o antitusígenos, aunque la rápida tolerancia limita su uso.

Intoxicación por opiáceos: Tras el consumo de un opioide aparece euforia, obnubilación, analgesia, dificultad para hablar, anorexia, disminución de la actividad, miosis pupilar, náuseas y vómitos; también pueden presentar disminución de la motilidad intestinal, hipotensión y bradicardia, hipotermia, somnolencia, lenguaje farfullante, disartria, disminución de la memoria y de atención al entorno e incluso coma, pudiendo aparecer convulsiones.

Ante este cuadro hemos de actuar con gran celeridad siguiendo estos pasos:

1. Monitorizar las constantes vitales.
2. Medidas de soporte.
3. Fluidoterapia, mantenimiento de las constantes vitales con especial atención a la función respiratoria. En caso de compromiso respiratorio ventilar con un ambú y administrar oxígeno al 100%.

El efecto de los opiáceos se puede revertir con antagonistas como la naloxona. Si hay depresión respiratoria y pérdida del nivel de conciencia obligatoriamente naloxona 0,8 mg IV y, tras esperar 15 minutos, si no hay respuesta, 1,6 mg IV; si todavía no hay respuesta en 15 minutos, 3,2 mg y considerar otro diagnóstico.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

Mantener tras revertir 0,4 mg IV/hora. Una vez recuperado el nivel de conciencia, mantener naloxona en el mínimo posible a fin de evitar sintomatología de abstinencia.

4. Recomendamos obtener un estudio toxicológico.

5. Explorar complicaciones médicas asociadas (sepsis, SIDA, hepatitis, endocarditis, tromboflebitis, osteomielitis, celulitis...). Valorar la presencia o no de irritación meníngea, localización neurológica, crisis convulsivas o edema pulmonar.

6. Evaluar riesgo suicida.

Cannabis: La marihuana es la droga ilícita más ampliamente cultivada, traficada y consumida, es una combinación de hojas, tallos, semillas y flores de la planta conocida como cáñamo (*Cannabis sativa*), y puede ser de color verde, café o gris. El término Cannabis describe a la marihuana y otras drogas derivadas de la misma planta. Las formas potentes incluyen la marihuana (hojas y flores secas de la planta), el hachís (resina de la planta) y el aceite de hachís.

En todas sus formas, el Cannabis es una droga que altera la función mental (psicoactiva) porque contiene THC (delta-9-tetrahidrocanabinol) que es el químico activo en la planta de la marihuana. También contiene más de 400 químicos adicionales. Las vías de administración más utilizadas son la inhalada-fumada (su acción es más rápida) y la vía oral. Su acción comienza inmediatamente, es máxima a la media hora y decrece a las 2 horas, siendo raros los síntomas entre 6 y 12 horas más tarde. Los efectos están en función de la cantidad consumida y de la constitución biológica, pero también de las expectativas, experiencias pasadas, ambiente en el que se consume o estado de ánimo previo. Según algunos estudios aproximadamente el 10% de las personas que han probado el cannabis continúan su consumo crónico, aunque al final de la segunda década de su vida o en el inicio de la treintena dejan de consumirlo.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

Criterios para el diagnóstico de intoxicación por cannabis, según DSM-V Consumo reciente de cannabis.

Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ej.: deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cannabis.

Dos (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen a las dos horas del consumo del cannabis:

1. Inyección conjuntival.

2. Aumento el apetito.

3. Sequedad de boca.

4. Taquicardia.

5. Los síntomas o signos no son debidos a enfermedad médica ni se explican por la presencia de algún trastorno mental, incluida la intoxicación y otras sustancias. La intoxicación suele aumentar la sensibilidad del individuo a los estímulos externos, los colores se perciben más brillantes y la sensación subjetiva de que el tiempo pasa más despacio. A dosis más altas pueden darse episodios de despersonalización o de desrealización. Otros cuadros importantes que pueden aparecer en la intoxicación son:

Delirium: Se caracteriza por alteración importante de las funciones cognoscitiva y manipulativa. Incluso dosis pequeñas de esta sustancia pueden causar alteraciones de la memoria, tiempo de reacción, percepción, coordinación motora. Dosis altas pueden alterar el nivel de conciencia.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

Trastorno psicótico por cannabis: Presencia de una psicosis inducida por esta sustancia. Este trastorno es poco común, pero la aparición transitoria de ideas de tipo paranoide es más frecuente. Cuando aparece un trastorno psicótico inducido por cannabis, este puede ir asociado a algún trastorno de personalidad previo.

Trastorno por ansiedad: Este trastorno se diagnostica con más frecuencia. Suele aparecer un episodio de corta duración a menudo provocados por ideas paranoides. Es más frecuente en fumadores inexpertos.

Síndrome amotivacional: A los pacientes no les interesa lo que sucede en sus vidas; no tienen deseo de trabajar regularmente; fatiga; y falta de interés en su apariencia personal. Como resultado, la mayoría de ellos tienen pobre desempeño escolar y laboral ya que suelen tener dificultad en estudiar y aprender. Desgana para hacer cualquier actividad prolongada que requiera atención o tenacidad. La persona se vuelve apática, sin energía, suele ganar peso y parece extremadamente perezosa. Los atletas no logran el mismo desempeño porque el THC afecta sus reflejos, movimientos y coordinación.

En la intoxicación cannábica se tratará cualquier cuadro inducido como puede ser crisis de angustia, trastorno confusional o trastorno psicótico. Es bueno seguir los siguientes pasos:

1. Mantener al paciente en observación durante unas horas en un lugar con baja estimulación sensorial y acompañado por algún familiar que le tranquilice.

2. Valorar el consumo de otras sustancias.

3. Valorar la existencia de psicosis subyacente, trastorno depresivo o de personalidad.

4. No suele ser necesario tratamiento farmacológico. Se pueden usar benzodiazepinas para la ansiedad (por ej: 5-10 mg de diazepam, 1-2 mg de lorazepam o 15-25 mg de clonazepam).

Si hay síntomas psicóticos se puede utilizar, por ejemplo, haloperidol 1-2 mg orales (unas 20-40 gotas) o IM, se puede repetir la dosis cada 30 minutos si es necesario.

El abuso se ve en la conducta desadaptativa de los individuos. Las personas no son conscientes de la capacidad de esta droga de producir dependencia, pero en realidad es muy probable.

Hay menos deterioro social, laboral y físico que con otras sustancias aunque sí existe.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

La dependencia se desarrolla generalmente con el uso repetido durante un largo periodo de tiempo. Puede desarrollarse tolerancia y producir un aumento del consumo y la frecuencia de uso. Los síntomas psicológicos asociados son el letargo, anhedonia, problemas de atención y problemas de memoria. Es común que las personas que usan marihuana sientan gran interés por estímulos visuales, auditivos o de sabor que de otra manera serían ordinarios. Los eventos triviales les pueden parecer sumamente interesantes o graciosos. El tiempo parece pasar muy lentamente y, a veces, la droga hace que la persona sienta mucha sed o hambre. Algunas personas no sienten nada cuando prueban la marihuana por primera vez. Otras se pueden sentir intoxicadas y/o eufóricas (alegres).

Casi inmediatamente después de inhalar la marihuana, la persona puede sentir intoxicación, boca reseca, latidos acelerados del corazón, cierta torpeza en la coordinación del movimiento y el equilibrio, y reacciones o reflejos lentos. Los vasos sanguíneos de los ojos se expanden, por lo cual se les ven los ojos enrojecidos. En algunas personas, la marihuana aumenta la presión sanguínea y puede hasta duplicar el ritmo cardíaco. Este efecto puede acentuarse cuando se mezclan otras drogas con la marihuana; algo sobre lo cual no siempre puede estar consciente el fumador.

La marihuana impide la memoria a corto plazo (de eventos recientes) y la persona, por lo tanto, tiene problemas al tratar de realizar tareas complejas. Con el uso de las variedades más potentes de la droga, la persona puede tener problemas en realizar incluso tareas sencillas.

Debido a los efectos de la droga sobre las percepciones y los reflejos, también puede causar que la persona tenga accidentes de tráfico. Las personas que usan drogas también son más propensas a realizar actos sexuales que les ponen en riesgo de enfermedades. Se sabe que existe una fuerte relación entre el uso de las drogas y las prácticas sexuales peligrosas; y en el contagio del VIH. Hasta hace algunos años, era difícil encontrar programas específicamente diseñados para los consumidores de marihuana. Los tratamientos para la dependencia a la marihuana eran muy similares a los que se usaban para otros tipos de drogas, incluyendo: desintoxicación, terapia de comportamiento, y asistencia regular a reuniones de grupos de apoyo, tales como Narcóticos Anónimos.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

El progreso en los tratamientos debe incluir programas específicamente diseñados para ayudar a los adolescentes. El abuso requiere tratamiento psicoterapéutico para reforzar la decisión de la persona que desea dejar el consumo. Se puede usar un tratamiento farmacológico de apoyo como sedantes para evitar los posibles efectos de un síndrome de abstinencia y los antidepresivos.

Escala Cast (Cannabis abuse screening test)

Si han fumado cannabis antes del mediodía.

Estando solos.

Si han tenido problemas de memoria al hacerlo.

Si alguien de su entorno les ha recomendado reducir su consumo.

Si lo han intentado sin conseguirlo.

Han tenido problemas como consecuencia del mismo (pelea, accidente, mal resultado escolar).

Abuso de cocaína: La cocaína se obtiene de las hojas de la planta de coca. Es un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al cerebro. La cocaína ha sido llamada la droga de los ochenta y noventa por su gran popularidad y uso durante esas décadas. Básicamente hay dos formas químicas de la cocaína: el clorhidrato de sal y los cristales de cocaína ("freebase"). El clorhidrato de sal, o la forma en polvo de la cocaína, se disuelve en el agua, puede ser usada en forma intravenosa (en la vena) o intranasal (por la nariz). La cocaína usualmente se vende en la calle en forma de un polvo blanco, fino y cristalino que se conoce como "coke" o coca, "C", "snow" (nieve), "flake" (copo) o "blow" (golpe).

Los traficantes generalmente la mezclan con otras sustancias, tales como maicena, talco y/o azúcar; o con ciertas drogas como la procaína (un anestésico local de composición química parecida); o con otros estimulantes, como las anfetaminas. Si ordenamos de mayor a menor potencial de abuso las principales maneras de usar la cocaína son fumándola, intravenosa, intranasal y oral.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

La intoxicación aguda de cocaína se caracteriza fundamentalmente por una hiperactividad noradrenérgica y dopaminérgica que afecta a distintos aparatos y sistemas. Algunas de las manifestaciones clínicas que nos podemos encontrar son:

Aparato cardiovascular: palpitaciones, taquicardia o bradicardia, hipertensión, arritmias, infarto de miocardio, hemorragia cerebral, espasmo cerebrovascular, vasoconstricción periférica, paro cardíaco, coagulación intravascular diseminada.

Aparato respiratorio: respiración irregular, taquipnea, parada respiratoria.

Aparato digestivo: anorexia, vómitos, náuseas, diarreas.

Metabolismo: acidosis láctica e hipertermia con sudoración. El consumo de altas dosis de cocaína pueden inducir pirexia letal

Globo ocular: vasoconstricción conjuntival, midriasis, nistagmus vertical.

SNC: ansiedad conforme van desapareciendo los efectos euforizantes, lucidez, hipervigilancia, irritabilidad, confusión, euforia, alucinaciones táctiles y visuales, alteraciones de la percepción, reacciones paranoides y convulsiones tónico-clónicas.

Alteraciones de la conducta: agresividad, impulsividad, agitación psicomotriz, conducta sexual explosiva y, potencialmente, síntomas de manía.

La intoxicación aguda por cocaína se caracteriza fundamentalmente por una hiperactividad noradrenérgica y dopaminérgica que afecta a distintos aparatos y sistemas. La ingestión conjunta de alcohol y cocaína aumenta la cardiotoxicidad y la frecuencia de muerte súbita. También pueden aparecer estados maníacos, delirium, paranoia o psicosis esquizofreniforme.

La intoxicación suele ser pasajera y suele bastar con medidas de apoyo, aún así dado el riesgo vital es conveniente seguir una serie de pasos:

Ingresar y monitorizar al paciente en servicios especializados. Afortunadamente la semivida plasmática de la cocaína es corta (50 minutos). Procurar un ambiente protegido y tranquilo.

Medidas generales y de reanimación.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

Sedación del paciente, en caso necesario o por presencia de convulsiones, mediante diazepam (IM o IV 0,5 mg/kg IV en un periodo de ocho horas es suficiente para controlar las convulsiones).

Neurolépticos tipo butirofenonas (haloperidol) para los cuadros psicóticos, teniendo en cuenta que pueden disminuir el umbral elíptico.

Antiarrítmicos. No usar los bloqueantes beta-adrenérgicos ya que incrementarían los efectos vasoconstrictores e hipertensivos.

Para la alteración de las constantes vitales se pueden usar propanolol y clonidina, pero estos fármacos no sirven para los síntomas conductuales del paciente. Valorar riesgo suicida y clínica depresiva; si esta es grave y mantenida se puede iniciar tratamiento con antidepresivos. Tener especial precaución hacia las arritmias, los síntomas psicóticos o la predisposición al suicidio.

Drogas de diseño se designa a un conjunto de sustancias sintetizadas por químicos en laboratorios de manera clandestina con el propósito de producir efectos similares o más potentes que los de las drogas clásicas. Se refiere a un conjunto de sustancias psicoestimulantes, en su mayoría derivadas de anfetaminas. Se presentan habitualmente en forma de comprimidos con colores, imágenes o logotipos llamativos.

Las drogas de diseño más importantes actualmente son:

- MDMA: metilenedioximetamfetamina – (éxtasis): es un estimulante similar a la metamfetamina, MDMA es usualmente tomada en forma de tableta por vía oral. Provoca aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, y puede llevar a una elevación de la temperatura corporal que causa insuficiencia cardiovascular y renal. Cuando se combina con alcohol, MDMA puede ser extremadamente peligrosa, y en ocasiones fatal. El uso crónico de MDMA puede producir efectos neurotóxicos en el cerebro, de larga duración.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

- **Metamfetamina:** (speed, ice, cristal, vidrio): la metamfetamina es un polvo blanco cristalino, siendo un estimulante altamente adictivo que puede ser inhalado, fumado, inyectado o tomado en forma oral. Esta droga causa aumento en los niveles de actividad, lenguaje apresurado y disminución del apetito. La metamfetamina es un neurotóxico asociado con efectos a largo plazo de los sistemas de transporte de la dopamina. Además crea efectos como: agresión, violencia, pérdida de la memoria, conducta psicótica y daño cardíaco.
- **Ácido lisérgico:** (LSD - ácido, tripi de trip viaje en inglés): el LSD es un alucinógeno muy potente que se utiliza en forma oral, usualmente en cuadros de papel, cubos de azúcar o pastillas que han absorbido la droga líquida. La droga produce profundas anormalidades en la percepción sensorial, incluyendo distorsiones del sonido y de la visión (alucinaciones); y efectos emocionales que crean cambios rápidos en el estado de ánimo, que van desde miedo intenso hasta euforia. Es el alucinógeno más utilizado y difundido en todo el mundo.
- **GHB:** gama-hidroxibutirato (éxtasis líquido, G): es un líquido claro sin olor, GHB es un depresor del sistema nervioso central y ha sido asociado con envenenamiento, sobredosis y violaciones. La sobredosis del GHB puede llevar rápidamente a la pérdida de la conciencia, coma y muerte. La pureza y la intensidad de efectos de las dosis, pueden variar grandemente, siendo la sobredosis un gran riesgo.
- **Ketamina (K, K especial, vitamina K, Cat):** es un anestésico veterinario que produce estados disociativos como si fuera un sueño, puede producir alucinaciones. La droga es usada como un líquido que es aplicado a la marihuana o a productos de tabaco o como un polvo blanco que es inhalado como la cocaína. En dosis altas, la ketamina produce delirio, amnesia, alteraciones motoras y algunas veces paro respiratorio, que es fatal.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

DISCUSIÓN - CONCLUSIÓN

Los suicidios, los homicidios y los accidentes suponen el 80% de las muertes de los adolescentes, y en la mitad de estos casos influyen el alcohol y las drogas. El consumo de drogas genera una importante demanda en los servicios de urgencia que implica en su manejo a diferentes profesionales. Las drogas tienen diversas vías de administración entre las que se encuentran: oral, pulmonar, nasal, rectal o genital y parenteral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bobes, J. Éxtasis: Aspectos farmacológicos, psiquiátricos y médico-legales. Barcelona: Ed. Neurociencias, Citrán, 1995.
2. Civeira, J., Pérez, A., Corbera, M. Urgencias en psiquiatría. Manual con criterios prácticos de actuación. Hospital Universitario Miguel Server de Zaragoza. Madrid: Faes Farma; 2003.
3. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS, 1992.
4. Colado, M.I. Neurotoxicidad inducida por MDMA y su prevención farmacológica. En: Éxtasis (MDMA). Un abordaje comprehensivo. Barcelona: Ed. Masson, 1998, 41-72.
5. Harvey, John A., Kosofsky, Barry. Cocaine: Effects on the developing brain. Annals of the New York Academy of Sciences, Volume 846, 1998.
6. Hermes, W.J., Galperin, A. The Encyclopedia of Psychoactive Drugs: Marijuana, Its Effects on Mind and Body. Chelsea House Publishers, 1992.
7. Freixa, F., Masferrer, J., Sala, J. Urgencias en drogodependencias. Barcelona: Sandoz, 1986.
8. Funes, J. Drogas y adolescentes. Guías Prácticas. Psicología y Bienestar. Ed Aguilar. 1996. Madrid.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

9. Gold, Mark S. Cocaine (and Crack): Clinical Aspects (181-198), Substance abuse: A comprehensive textbook, Third Edition, Lowinson, ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1997.
10. Kaplan, H., Sadock, B. Manual de psiquiatría de urgencias. Madrid. Ed Médica Panamericana, 1996.
11. Lorenzo, P., Leza, J.C., Lizasoain, I. et al. Drogodependencias. 3º Ed. Panamericana; 2009.
12. Observatorio Español sobre Drogas. Informe Nº4, Marzo 2001. Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 2001.
13. Robles Orozco, G. Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. “La política española sobre drogodependencias: situación actual y perspectivas futuras”. Conferencia impartida en el I Congreso Europeo de Trastornos Adictivos. Alicante, 27-29 de marzo de 2003.
14. Seva, A. Urgencias en psiquiatría. Barcelona: Sanofi-Winthrop, 1994.
15. Torrens, M. Convivir con drogas. Todo sobre todas las drogas. Colección de respuestas médicas. Ediciones Colimbo Serie Divulgación, 1995. Barcelona.
16. Valbuena Briones, A. Manual de toxicomanías y alcoholismo. Barcelona. Ed Masson-Salvat, 1993.
17. Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª Ed. Masson; 2015.
- A. Chinchilla, J. Correas, F.J. Quintero, M. Vega. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 2º Ed. Masson; 2009.
18. Puri, B., Treasaden, I. Forensic psychiatry. Fundamentals and clinical practice. CRC Press 2017.
19. Gargiulo, P., Mesones-Arroyo, H. Psychiatry and neuroscience update, vol. II: A translational approach. Springer 2017.
20. Ursano, R., Fullerton, C., Weisaeth, L., Raphael, B. Textbook of disaster psychiatry. Cambridge 2ª ed. 2017.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

21. Srinivasan, S., Glover, J., Bouknight, J. Geriatric telepsychiatry. A clinician's guide. Springer 2017.
22. Hanji, M. Meta-analysis in psychiatry research. Fundamental and advanced methods. CRC Press 2017.
23. Mccarron, R. Study guide to preventive medical care in psychiatry. A case approach. Study guide to preventive medical care in psychiatry. A case approach. American Psychiatric Association 2017.
24. Simon, A., New, A., Goodman, W. Psychiatry (Mount Sinai expert guides). Wiley 2017.
25. Mezzich, J., Botbol, M., Christodoulou, G., Cloninger, C., Salloum, I. Person centered psychiatry. Springer 2016.
26. Frangou, S. Women in academic psychiatry. A mind to succeed. Springer 2016.
27. Vranceanu, A.M., Greer, J., Safren, S. The Massachusetts General Hospital handbook of behavioral medicine (current clinical psychiatry). Humana Press 2016.
28. Keil, G. Vagueness in psychiatry. Oxford 2016.
29. Muskin, P., Dickerman, A. Study guide to geriatric psychiatry. A companion to the American Psychiatric Publishing textbook of geriatric psychiatry. American Psychiatric Association 5ª ed. 2016.
30. Muskin, P., Dickerman, A. Study guide for psychiatry board examination. American Psychiatric Press 2016.
31. Black, D., Cates, J. Introductory psychiatry. A companion to the introductory textbook of psychiatry. American Psychiatric Publishing 2016.
32. Maloy Katherine. A case-based approach to emergency psychiatry. Oxford 2016.
33. Stylianidis, S. Social and community psychiatry. Towards a critical, patient-oriented approach. Springer 2016.
34. Alicata, D., Jacobs, N., Guerrero, A., Piasecki, M. Problem-based behavioral science and psychiatry. Springer 2016.

¿CÓMO SE ABORDA EL CONSUMO DE DROGAS EN URGENCIAS?

35. Rauch, S., Dougherty, D., Greenberg, B. Psychiatric neurotherapeutics. Contemporary surgical and device-based treatments (current clinical psychiatry). Humana Press 2016.
36. Hategan, A., Bourgeois, J., Hirsch, C. On-call geriatric psychiatry. Handbook of principles and practice. Springer 2016.
37. Hamani, C., Holtzheimer, P., Lozano, A., Mayberg, H. Neuromodulation in psychiatry. Wiley 2016.
38. Fatemi, S., Clayton, P. The medical basis of psychiatry. Springer 4ª ed 2015.
39. López entrambasaguas, O.M. Epidemiología de las adicciones en nuestro medio. Atención de enfermería en drogodependencia. Universidad de Jaén. 2016
40. Arduengo Romero, A. Patología dual: la simultaneidad del trastorno por uso de sustancias y otro trastorno mental. Colección tesinas universitarias Nº 279. RCA Grupo editor.