“SALES DE BAÑO”

DERIVADOS SINTÉTICOS DE CATINONA

AGENTES Y USOS

- Metcatinona (efedrona) y 4-metilmetcatinona (mefedrona) son derivados sintéticos catinona. Otros agentes incluyen: metilona y butilona.
- Metcatinona, originalmente producida como supresor del apetito, nunca fue puesta al mercado.
- Estos agentes se usan principalmente como drogas de abuso psicoestimulantes.
- Efectos sobre la conducta similares a anfetamina y metanfetamina.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

- Generalmente se consumen por vía oral, insuflados por vía intranasal y más raramente por vía IV.
- El uso crónico es sobre todo por vía intranasal e IV.
- Las co-ingestas (p.e. alcohol, marihuana, depresores, otros estimulantes) pueden aumentar el riesgo de efectos clínicos graves y muerte.

FARMACOLOGÍA

- Químicamente similares a la catinona (estimulante psicoactivo natural de la planta khat).
- La metcatinona está estructuralmente relacionada con la anfetamina
- La mefedrona se piensa que actúa de manera similar a la cocaína, la anfetamina y la MDMA; Sus efectos clínicos parecen relacionados con la dosis.
- Posiblemente promueven la liberación de dopamina, noradrenalina y serotonina.

TOXICOLOGÍA

- Exceso de actividad simpáticomimética.
- Altamente adictivos; dependencia psicológica y quizás física.
- La liberación de dopamina puede contribuir a las propiedades adictivas y psicoactivas.
- Butilona y la metilona pueden tener riesgos similares a otros derivados sintéticos de la catinona.

TOXICOCINÉTICA

- Se absorben rápidamente tras la ingestión. Producen aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca a los 30 minutos que persisten cerca de 2 horas. Los efectos euforigénicos pueden disminuir a las 7,5 horas.
- Los consumidores crónicos (múltiples veces en un periodo de 24 horas durante muchos días) pueden tener efectos clínicos prolongados.
- Después de su administración oral, la catinona es casi completamente transformada a norefedrina.

EFECTOS CLÍNICOS

- **Intoxicación leve a moderada**

Toxicidad simpáticomimética (p.e. agitación, taquicardia, hipertensión, midriasis).

Otros efectos: insomnio, anorexia, alucinaciones, paranoia y palpitaciones. Se han desarrollado episodios breves de psicosis inducida por la droga.

EFECTOS CLÍNICOS

- **Intoxicación grave:**

Existen pocos datos sobre la conducta agresiva violenta, la alucinaciones y la paranoia después del uso crónico de estos agentes.

Se ha observado coma en una exposición mixta

Convulsiones tras una exposición importante.

Se han producido arritmias letales.

El uso crónico puede conducir a dependencia física y/o psicológica. Puede aparecer abstinencia.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Electrolitos séricos, función renal, enzimas hepáticos en pacientes sintomáticos.
- CPK en pacientes con agitación prolongada o convulsiones.
- ECG y monitorización cardiaca continua en todos los pacientes.
- Temperatura corporal (la hipertermia por encima de 40°C es muy grave y obliga al enfriamiento inmediato y la sedación).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- No se detectan en los screening rutinarios de drogas en orina. Derivados catinona pueden dar falsos positivos en screening de metanfetamina.
- Hemograma, recuento y fórmula, perfil de coagulación. CPK, electrolitos, función renal y hepática, enzimas cardíacos.
- TAC cefálico, punción lumbar si la clínica lo indica y el diagnóstico no está claro.
- Cromatografía gaseosa/Espectrometría masas: detectan y cuantifican en sangre/orina, aunque no es clínicamente útil.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Hipoglucemia, infección del SNC, otras intoxicaciones simpáticomiméticas (p.e. anfetaminas, cocaína), toxicidad anticolinérgica, enfermedad mental que se presente con manía o alucinaciones, o abstinencia al etanol, benzodiacepinas o barbitúricos.

TRATAMIENTO

- **Descontaminación gastrointestinal**:

Prehospital: No se recomienda por riesgo de aspiración (delirio, convulsiones).

Hospital: Carbón activado en caso de exposición oral reciente y el paciente tenga vías aéreas protegidas.

TRATAMIENTO

- **Intoxicación leve a moderada**

Tratamiento sintomático y de soporte; los pacientes pueden requerir solamente observación.

Benzodiacepinas para sedación si es necesario. Pueden estar indicados los líquidos intravenosos.

TRATAMIENTO

- **Intoxicación grave:**

Benzodiacepinas para controlar la agitación y al paciente paranoide o delirante. Sedantes para tratar las convulsiones y la hipertensión moderada o la taquicardia.

Intubación orotraqueal para la protección de vías aéreas en los casos de agitación grave, coma o actividad convulsivante.

El tratamiento es sintomático y de soporte: vasodialatadores si presiste hipertensión (nitroglicerina o nitroprusiático sódico). Evitar betabloqueantes por riesgo de exacerbación de la hipertensión por estimulación alfa-adrenérgica no opuesta.

DISPOSICIÓN

- **Observación domiciliaria:** Adultos asintomáticos; sin embargo, es poco probable que un paciente esté asintomático si es consumidor.

- **Criterios de observación en centro sanitario para observación 6-8 horas:** Pacientes con ingestas deliberadas o niños con cualquier ingestión. Pacientes sintomáticos.

DISPOSICIÓN

- **Criterios de ingreso en UCI:** Estimulación del SNC persistente e importante (p.e. alucinaciones, delirio, convulsiones) o hipertensión persistente y taquicardia. Coma, convulsiones, arritmias o delirio.

- **Criterios de consulta a un centro antitóxico o toxicólogo médico:** Toxicidad grave (p.e. convulsiones, arritmias, delirio grave, coma) o diagnóstico no claro.
- ***A* rehabilitación:** Pacientes con una historia de abuso crónico.

PROBLEMAS

- No controlar la agitación puede dar lugar a otras complicaciones (p.e. rabdomiolisis, hipertermia grave).
- No reconocer el policonsumo posible.
- La fabricación clandestina ha conducido a toxicidad grave (p.e. manganismo por exposición al permanganato potásico) después del uso crónico.

REFERENCIAS

- Murphy CM, Dulaney AR, Beuhler MC, Kacinko S. "Bath Salts" and "Plant Food" Products: the Experience of One Regional US Poison Center. J Med Toxicol. 2012 Jun 26.
- Winstock AR, Marsden J, & Mitcheson L: What should be done about mephedrone?. BMJ 2010; 340:c1605.
- Spiller HA , Ryan ML , Weston RG , et al: Clinical experience with and analytical confirmation of "bath salts" and "legal highs" (synthetic cathinones) in the United States. Clin Toxicol (Phila) 2011; 49(6):499-505.
- Lusthof KJ, Oosting R, Maes A, et al: A case of extreme agitation and death after the use of mephedrone in The Netherlands. Forensic Sci Int 2011; 206(1-3):e93-e95.
- Rosenbaum CD et al. Here Today, gone tomorrow…and back again? A review of herbal marijuana alternatives (K2, spice), synthetic cathinones (Bath salts), kratom, Salvia divinorum, methoxetamine, and piperazines. J Med Toxicol 2012: 8: 15-32.