

Alcohol y mezcla de fármacos: modalidad de abuso frecuente

Mixture of alcohol and drugs: a frequent form of abuse

Dra. Silvia Cabrerizo^a y Dra. Patricia C. Docampo^a

RESUMEN

La "jarra loca" es una mezcla de bebidas alcohólicas y medicamentos. En algunas ocasiones, los adolescentes desconocen los riesgos de consumirla.

En los últimos años, los jóvenes mezclan psicofármacos e hipoglucemiantes para lograr el efecto de obnubilación y ansiedad de la hipoglucemia.

Presentamos cinco pacientes, un adolescente y cuatro adultos jóvenes, provenientes de la Ciudad de Buenos Aires y del conurbano, seguidos telefónicamente en el Centro Nacional de Intoxicaciones (CNI), que consumieron esta mezcla con consecuencias clínicas graves y alta mortalidad.

Palabras clave: alcohol y fármacos, hipoglucemiantes orales, abuso de medicamentos.

SUMMARY

"Jarra loca" is a mixture of alcohol and prescription drugs. Sometimes, these are added to alcohol without the knowledge of the user.

In recent years, adolescents mixed psychotropic drugs and hypoglycemic agents to reach the drowsiness and anxiety of hypoglycemia.

We present five patients, one adolescent and four young adults, from Buenos Aires and the metropolitan area, followed up in the National Poisoning Center. They consumed this mixture with serious toxic manifestations and a high mortality rate.

Key words: alcohol and drugs, oral hypoglycemic agents, prescription drugs abuse.

INTRODUCCIÓN

La "jarra loca" es una mezcla de bebidas alcohólicas, jugos, gaseosas y psicofármacos; entre estos últimos, los más empleados en nuestro medio son las benzodiazepinas y los neurolepticos. Actualmente, los jóvenes utilizan otros medicamentos, como los hipoglucemiantes. Los adolescentes constituyen un grupo de riesgo pues atraviesan períodos de labilidad emocional, lo cual podría llevarlos a iniciarse en el hábito del consumo de drogas.¹⁻³ De su discurso se desprende que el principal

objetivo de este tipo de consumo es "volcar" es decir, "lograr una sensación cercana a la muerte".

La práctica de esta modalidad conocida como "jarra loca" no respeta grupos sociales y se practica entre adolescentes de distintos niveles socio-culturales.

Al mezclar los medicamentos es difícil conocer la concentración y, muchas veces, los comprimidos no se disuelven en forma homogénea, desconociéndose la dosis ingerida por cada joven. De esta manera, no todos los que la comparten presentan los mismos efectos clínicos.

CASOS CLÍNICOS

Presentamos cinco pacientes (*Cuadro 1*), de entre 17 y 27 años de edad, una mujer y cuatro varones, provenientes de la Ciudad de Buenos Aires y de distintos partidos del conurbano bonaerense. Uno de ellos ingresó a guardia con convulsiones tónico clónicas generalizadas y los otros cuatro, depresión del sistema nervioso central. Los cinco requirieron intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica (ARM) por la depresión del sensorio, pero ninguno presentó descompensación hemodinámica ni hipotermia.

Todos presentaron, como única alteración de laboratorio, hipoglucemia con valores <30 mg/dl, que corrigieron con dextrosa parenteral.

En dos pacientes, se realizó tomografía cerebral, cuyas imágenes revelaron edema cerebral difuso.

Evolución: dos pacientes fallecieron entre la primera y segunda semanas del ingreso por complicaciones infecciosas. Los otros tres requirieron ARM prolongada y sobrevivieron con secuelas neurológicas graves.

Amigos o familiares de todos los pacientes relataron que durmieron en sus domicilios entre 10 y 12 h y, al no lograr despertarlos, fueron trasladados al hospital más cercano.

En todos los casos surgió el antecedente de haber ingerido, el día previo, en una fiesta o "boliche", una jarra que contenía una mezcla de alcohol, gaseosas y medicamentos.

Respecto a los casos 1 y 2, amigos de los pacientes informaron que mezclaron benzodiazepinas (diazepam, lorazepam y clonazepam) y 16

a. Centro Nacional de Intoxicaciones. Hospital Nacional "Prof. Alejandro Posadas".

Correspondencia: Dra. Silvia Cabrerizo:
silviacabrerizo30@hotmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 20-1-10
Aceptado: 28-5-10

comprimidos de glibenclamida con bebidas alcohólicas, además de consumir marihuana y cocaína.

Respecto a los casos 4 y 5, el hermano de los pacientes comenta que consumieron una mezcla de bebidas alcohólicas y euglucón® (glibenclamida). En el caso 3, sólo se rescató, por interrogatorio al familiar, que consumió una mezcla de bebidas alcohólicas y medicamentos.

En los casos 1, 2 y 3 se solicitaron estudios para drogas de abuso en orina, que detectaron metabolitos de marihuana (cannabinoides), de cocaína (ecgonina y metilecgonina) y benzodiazepinas. Las muestras de sangre para difenilhidantoína, fenobarbital, ácido valproico, carbamazepina y antidepressivos tricíclicos resultaron negativas. Las muestras para realizar alcoholemia fueron mal remitidas inicialmente y, al enviarlas por segunda vez, la alcoholemia fue indetectable por las horas transcurridas. En los casos 4 y 5 no se remitieron muestras.

DISCUSIÓN

Algunas características de los adolescentes, como la omnipotencia y la sensación de invulnerabilidad, junto con el entorno sociocultural que los rodea, hacen que fácilmente busquen experimentar nuevas conductas con sus pares, como fumar, tomar bebidas alcohólicas e incursionar en el mundo de la droga.

Actualmente, existe una tendencia a la automedicación y al abuso de medicamentos de prescripción, dado el fácil acceso a ellos. Esta situación hace que los jóvenes pierdan la noción del riesgo de consumir medicamentos en forma irracional,^{4,5} lo cual, en el caso de los psicofármacos depresores mezclados con alcohol potencia su acción y

la evolución puede ser letal.⁶⁻⁸ Las consultas de adolescentes que mezclan alcohol y psicofármacos (benzodiazepinas y neurolepticos) son frecuentes en los servicios de toxicología, pero el uso de hipoglucemiantes orales es excepcional.

En cuatro de los casos presentados (1, 2, 4 y 5), se rescató, por interrogatorio a amigos o familiares, que los pacientes consumieron una mezcla de bebidas alcohólicas donde se habían colocado comprimidos de glibenclamida. Un familiar de los pacientes 4 y 5 relató que utilizaron hipoglucemiantes para experimentar la sensación de obnubilación que producen.

La corteza cerebral es la región del cerebro más sensible a la hipoglucemia. Ésta se evidencia clínicamente con irritabilidad, somnolencia, cefalea, incapacidad para concentrarse y cansancio. Si ante esta situación el paciente no ingiere alimentos, la hipoglucemia se prolonga en el tiempo y se van alterando estratos cerebrales cada vez más profundos y primitivos, con afectación subcorticoencefálica, mesencefálica, premiencefálica y miencefálica, con nuevos signos y síntomas que se añaden en el siguiente orden: pérdida de conciencia, movimientos primitivos de succión, espasmos clónicos y tónicos, signo de Babinski, espasmos extensores, respiración superficial, bradicardia, miosis, hemiplejía, ausencia de respuesta pupilar a la luz, hipotermia, atonía y, finalmente, la muerte.^{10,11}

La glibenclamida posee una duración de acción de 18-24 h y su dosis máxima es de 20 mg/día.⁹ Todos los pacientes ingresan luego de haber dormido entre 10 y 12 h en sus domicilios, llevados a la guardia al no haber podido ser despertados por sus familiares. Todos presentaron depresión del senso-

CUADRO 1. Casos clínicos

Caso	1	2	3	4	5
Sexo	Femenino	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Edad	27 años	26 años	19 años	22 años	17 años
Ingreso	Coma	Convulsiones	Coma	Coma	Coma
Procedencia	Hospital de Ciudadela	Sanatorio Privado CABA*		Hospital de Merlo	
Estudios toxicológicos	Benzodiazepinas + Cannabinoides + Metabolitos de cocaína + Alcoholemia: No detectable**		Benzodiazepinas + Cannabinoides + Metabolitos de cocaína +		No realizados
Antecedente "Jarra loca"	+	+	+	+	+
Evolución	Óbito	Óbito	Secuelas neurológicas	Secuelas neurológicas	Secuelas neurológicas

Resumen del cuadro clínico de ingreso, lugar de procedencia, resultados de estudios toxicológicos positivos y evolución de los casos clínicos presentados. Todos mezclaron medicamentos y alcohol ("jarra loca") y presentaron hipoglucemia grave al ingreso. *CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ** El resultado de alcoholemia no detectable se debió a las horas transcurridas desde la última ingesta de alcohol al momento de toma de la muestra.

rio e hipoglucemia grave al ingreso a guardia.^{10,11} En los adultos normales, la hipoglucemia inducida por el etanol requiere un agotamiento de los recursos dietarios y hepáticos de glucosa (glucogenólisis). Por este motivo, la hipoglucemia se desarrolla más rápidamente en los niños y los alcohólicos crónicos desnutridos. Es por ello, que a pesar de la limitación de laboratorio por no poder dosar glibenclamida y a que ninguno de los pacientes presentó descompensación hemodinámica ni hipotermia, características ambas del período de coma alcohólico, se puede deducir que la hipoglucemia se prolongó por la acción de los hipoglucemiantes orales.

Nuestra intención es difundir una práctica de consumo habitual entre adolescentes ("jarra loca"), que en los últimos años ha incorporado medicamentos de prescripción accesibles en los hogares. Los casos clínicos presentados reflejan el riesgo potencial que implica consumir una mezcla de fármacos cuyas dosis ingeridas, efectos tóxicos e interacciones se desconocen.

Es necesario tener presente estas nuevas modalidades de consumo como diagnóstico diferencial de otras patologías. Ante un paciente adolescente o adulto joven, con antecedentes de ingesta de alcohol y medicamentos, es útil descartar la hipoglucemia en el lugar de recepción, para su corrección con dextrosa parenteral y evitar así secuelas neurológicas graves.

Agradecimientos

A las Dras. María Rosa Llorens, Raquel Eugeni, Mónica Talamoni y Susana Gándara, por el aporte de sus conocimientos y experiencia en el tema. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Braschi ME y Santos IJ. Drogas y adolescencia. *Rev Hosp de Niños B. Aires* 2006;48(220):281-291.
2. Narváez A. Los jóvenes y la noche. Sociedad Argentina de Pediatría. [Acceso: 15/10/08]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/staticfiles/organizacion/Grupos/usodro/jovenes.pdf>.
3. Marcell A, Irwin Ch Jr. Consumo y adicción a sustancias. En: *Pediatría de Rudolph. Rudolph C y cols. Ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2004; Vol. 1, Cap. 3:21.*
4. Milone C, Aguirre J. Adolescencia y medicamentos: más que uso racional, abuso irracional. *Boletín Remediar. Atención primaria de la salud. Ministerio de Salud de la Nación. 2007; 4:28-32.* [Acceso: 20/10/09]. Disponible en: http://www.scribd.com/doc/6688158/Salud-Del_Adoloscete-N24.
5. Valsecia M, Figueras A. Discusiones actuales en el campo del uso racional de medicamentos. *Uso racional de medicamentos: un enfoque integral. Plan Federal de Salud. Remediar. Buenos Aires: 2º Edición, Ministerio de Salud de la Nación. 2006; 13-17.* [Acceso: 20/10/09]. Disponible en: [http://www.remediar.gov.ar/ACMRemediarPublicaciones1.nsf/PubEdEsWeb/009A48594DAA909B0325726E006C413E/\\$File/cudernillo%20URM%202da%20edicion.pdf](http://www.remediar.gov.ar/ACMRemediarPublicaciones1.nsf/PubEdEsWeb/009A48594DAA909B0325726E006C413E/$File/cudernillo%20URM%202da%20edicion.pdf).
6. Talamoni M. Etanol. En: Talamoni M, Crapanzano G, López Sarmiento, C. *Guía de diagnóstico y tratamiento en Toxicología. Buenos Aires: Eudeba 2004. Págs. 85-89.*
7. Curci O. Alcohol etílico. En: *Toxicología. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina; 2005. Págs. 57-74.*
8. Talamoni M. Alcohol etílico. En: Talamoni M. *Intoxicaciones más frecuentes en pediatría. Buenos Aires: Ediciones Héctor Macchi; 1992. Págs. 99-102.*
9. Leikin JB, Paloucek FP. *Poisoning and toxicology compendium. Ohio: Lexi-Comp Inc; 1998. Págs. 299-300.*
10. Albero Gamboa R. Revisiones y actualizaciones: enfermedades endocrinológicas: hipoglucemias. *Medicine* 2000;8:1071-1077.
11. Talamoni M, Szurpik J. Antidiabéticos orales. En: Talamoni M, Crapanzano G, López Sarmiento C. En: *Guía de diagnóstico y tratamiento en Toxicología. Buenos Aires: Eudeba; 2004. Págs. 183-185.*