

# 12

## Urgencias relacionadas con consumo de sustancias

Silvia Vicent Fores, Fernando Calera Cortés, José Ángel Alcalá Partera

### INTRODUCCIÓN

Aunque existe una variabilidad importante en las estadísticas publicadas, se considera que por lo menos un 20% de las urgencias psiquiátricas son producidas tras un problema de consumo de sustancias farmacológicamente activas sobre el sistema nervioso central<sup>1</sup>. Este porcentaje podría aumentar de forma considerable si tuviésemos en cuenta la participación de intoxicaciones y síntomas de abstinencia en la descompensación de otros trastornos psiquiátricos<sup>2</sup>.

En algunas ocasiones nos encontramos con clínica solapada y por eso es necesario un control de la sintomatología aguda derivada de la sustancia consumida para poder realizar posteriormente una evaluación psicopatológica<sup>3</sup>. Debemos recordar que los circuitos cerebrales y ciertos sistemas endógenos como el cannabinoide, opioide o el colinérgico/nicotínico están involucrados en la conducta adictiva y en las diferentes manifestaciones de otras enfermedades mentales.

El objetivo de este capítulo es ayudar a reconocer de forma precoz sintomatología física y psiquiátrica básica asociada a consumo de sustancias psicotrópicas y recordar pautas esenciales de actuación urgente.

### URGENCIAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo de alcohol es la causa que más consultas genera debido al abuso de sustancias psicoactivas. Alrededor de un 6-40%, podrían estar relacionadas con consumo perjudicial de alcohol<sup>4</sup>.

Es importante realizar una adecuada valoración inicial del caso mediante la historia clínica, exploración física y psicopatológica, así como el grado de consumo y la realización de pruebas complementarias necesarias<sup>5</sup>.

Para ello es importante tener en cuenta criterios diagnósticos para los trastornos por el consumo de alcohol, como la clasificación DSM-5 de la American Psychiatric Association, 2014<sup>6</sup>. Define a estos trastornos, como un modelo problemático de consumo de alcohol que llega a provocar un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta por al menos dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir.
- Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
- El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que se provoca un riesgo físico.
- Se continúa el consumo de alcohol, a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente causado o exacerbado por el alcohol.
- Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
  - » Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - » Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
- Abstinencia, manifestado por alguno de los siguientes hechos:
  - » Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
  - » Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiacepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Si existieran 6 o más de los síntomas anteriores, sería un trastorno por consumo de alcohol grave, de 4 a 5 síntomas moderado y de 2 a 3 leve.

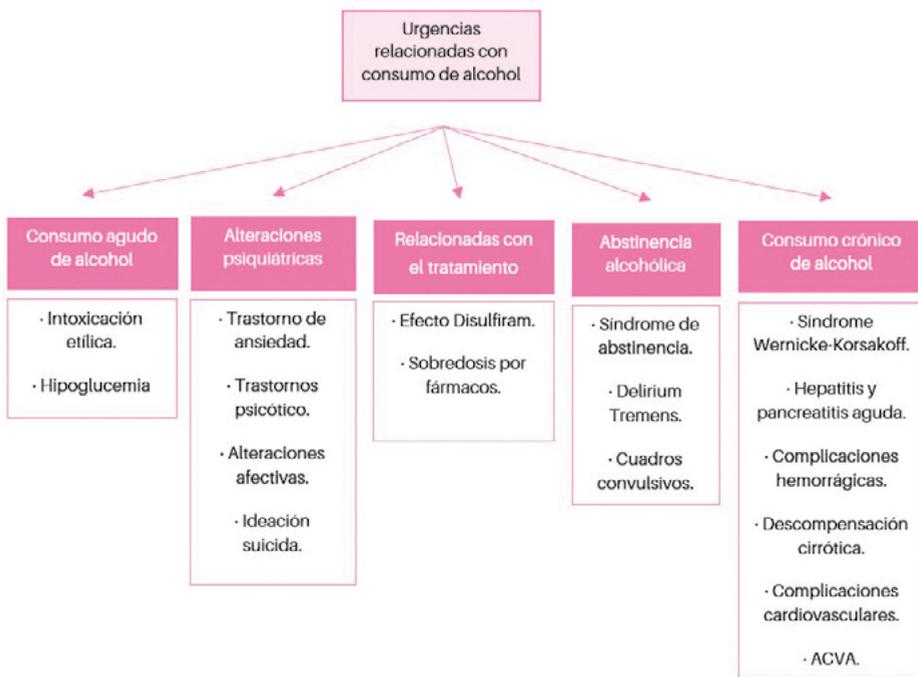
Hay otras clasificaciones con fines epidemiológicos, que consideran consumo de riesgo por encima o igual a 28 UBE (unidad de bebida estándar) semanales en varones y 17 UBE semanales en mujeres, teniendo en cuenta la equivalencia entre 1 UBE=10 gramos de etanol.

**Tabla 1.** Tipo de bebidas y sus equivalencias en Unidades de Bebida Estándar.

Tipo de bebida	Volumen	UBE
Cerveza	1 caña (200ml)	1
	1 Litro	5
Vino	1 vaso (200ml)	1
	1 Litro	10
Licores	1 copa	1
	1 Litro	20
Destilados	1 combinado (50ml)	2
	1 Litro	40

*Adaptado de Marin Mayor, M., Arias Horcajadas, F., López Trabada, J. R., & Rubio Valladolid, G. (2019). Trastornos por consumo de alcohol. Medicine, 12 (85), 4993-5003.*

**Figura 1.**



Fuente: Elaboración propia.

## SITUACIONES DE URGENCIA ASOCIADA AL CONSUMO AGUDO DE ALCOHOL

- **Intoxicación aguda.**

La intoxicación etílica aguda se define como un trastorno global de la situación del individuo (físico y psíquico) que ocurre tras el consumo de bebidas alcohólicas de forma brusca y en cantidad superior a la tolerancia del individuo.

Concentraciones sanguíneas de etanol entre 50-100 mg/dl suelen producir mínimas alteraciones.

Las alcoholemias de 100-200 mg/dl se asocian a sensación de euforia y optimismo, excitación, locuacidad y aumento de la sociabilidad, pero, a su vez, una disminución del rendimiento cognitivo y un alargamiento de los tiempos de reacción.

Las concentraciones comprendidas entre 200-300 mg/dl conllevan importantes alteraciones de la coordinación, con ataxia, disartria y obnubilación. El coma etílico suele aparecer con alcoholemias superiores a 300-500 mg/dl. La muerte sobreviene por parada respiratoria o broncoaspiración y, en ocasiones, como consecuencia de caídas.

- **Embriaguez atípica.**

Cambios bruscos en el comportamiento, frecuentemente asociados a agresividad física y verbal, estado de agitación e ilusiones y/o alucinaciones. Suele aparecer en varones adultos con patología y/o tratamientos psiquiátricos, tras una ingesta alcohólica relativamente pequeña.

## TRATAMIENTO DEL CONSUMO AGUDO DE ALCOHOL

El tratamiento de la intoxicación etílica es sintomático y consiste en dar soporte vital y hacer un buen control hidroelectrolítico. Se recomienda la administración de tiamina 100-200 mg por vía intramuscular y, posteriormente, sueros glucosados al 5% para evitar la hipoglucemia, con el objetivo de prevenir déficit de vitamina B1 que pueda conducir al paciente a una encefalopatía de Wernicke. El tratamiento oral con tiamina debe mantenerse al menos durante 3 días. En caso de agitación se puede administrar haloperidol 5-10 mg vía intramuscular. Las benzodiazepinas o clometiazol en intoxicación severa no deberían usarse<sup>7</sup>.

## URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS POR CONSUMO DE ALCOHOL

- **Trastorno de Ansiedad.**

Se dan en más de un tercio de los pacientes dependientes de alcohol. Se presentan todos los tipos de trastornos de ansiedad. También el insomnio está significativamente relacionado, de modo que del 36 al 72% de los pacientes con trastorno por consumo de alcohol lo pueden padecer<sup>4</sup>.

- **Trastornos psicóticos inducidos por alcohol.**

Determinados trastornos psiquiátricos pueden ser inducidos tanto por la intoxicación como por la abstinencia de alcohol<sup>8</sup>. Así, el consumo crónico se ha relacionado con trastornos psicóticos específicos (alucinosis alcohólica, psicosis inducidas y celotipia/delirio celotípico). Podemos distinguir entre:

- » **Alucinosis alcohólica:** a las 48 horas tras interrumpir consumo prolongado de forma brusca. Suele cursar con alucinaciones auditivas de contenido angustiante para el sujeto con nivel de conciencia claro.
- » **Trastorno delirante:** en el contexto de la intoxicación. Suelen ser delirios de temática paranoide o de grandeza. El delirio celotípico es extraordinariamente frecuente en el alcoholismo crónico y puede asociarse a problemas de heteroagresividad verbal o física hacia la pareja, resolviéndose en un tercio de los casos con la abstinencia mantenida<sup>8</sup>.

- **Trastornos afectivos inducidos por alcohol.**

Los trastornos afectivos son los más frecuentemente asociados, llegando a aparecer en el 30-50% de los pacientes con dependencia de alcohol<sup>4</sup>. El porcentaje de enfermos alcohólicos en los que podemos encontrar síntomas de depresión mayor es del 70%, siendo situación de riesgo importante la ideación autolítica cuando está presente<sup>8</sup>.

## SITUACIONES DE URGENCIA POR ABSTINENCIA DE ALCOHOL

- **Síndrome de Abstinencia Alcohólica.**

El síndrome de abstinencia alcohólica (SAA) se caracteriza por un estado de hiperactividad autonómica que se produce como consecuencia de la disminución o la supresión brusca del consumo de alcohol. Tras una exposición prolongada, nos encontramos una hiperactivación crónica del sistema nervioso central compensatoria a los efectos depresores del alcohol, por lo que aparecerán síntomas relacionados con una hiperexcitabilidad (taquicardia, sudoración, fiebre, insomnio, náuseas y vómitos, agitación, irritabilidad, alteraciones de memoria, alucinaciones, convulsiones, etc.).

Según los criterios diagnósticos DSM-5, los signos o síntomas característicos del síndrome de abstinencia a alcohol serían hiperactividad del sistema nervioso autónomo, incremento del temblor de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas, agitación psicomotora, ansiedad o convulsiones tónico-clónicas generalizadas<sup>6</sup>.

**Tabla 2.** Evolución del síndrome de abstinencia a alcohol.

	Fase 1	Fase 2	Fase 3
<b>Inicio</b>	4-12h	12-24h	24-72h
<b>Duración</b>	24h	48-72h	7-10 días
<b>Síntomas</b>	Incremento de la frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria, diaforesis, hiperreflexia leve, temblor intencional (manos), ansiedad y labilidad emocional.	Aparición frecuente de manifestaciones digestivas (anorexia, náuseas, vómitos y diarrea) y de convulsiones.	Aparición de alucinaciones e ideas delirantes hasta delirium tremens. Desaparición de las convulsiones.

Fuente: Elaboración propia.

Las pautas para la profilaxis y el manejo del SAA se basan en el uso de benzodiacepinas, principalmente vía intravenosa. Se recomiendan como tratamiento de elección en monoterapia. Son preferibles de vida media larga para evitar fluctuaciones plasmáticas y asegurar un mejor control sintomático. En los pacientes ancianos o con compromiso hepático son de elección de vida media corta o intermedia. Se pueden asociar concomitantemente neurolépticos, evitando su uso en monoterapia por el riesgo convulsivo<sup>7</sup>.

- **Delirium Tremens.**

Estado confusional que se presenta en individuos con dependencia crónica a alcohol y que aparecen hasta en un 5% de pacientes durante la fase más aguda del síndrome de abstinencia (tercera fase).

La tríada sintomática típica incluye la disminución del nivel de conciencia o confusión (delirium), alucinaciones y temblor. Además, pueden aparecer delirios (especialmente el delirio ocupacional), agitación, insomnio y síntomas de hiperactividad autonómica: por ejemplo, sudoración, deshidratación, falta de apetito, elevación de la frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial e hiperpirexia.

Los síntomas suelen aparecer entre las 72-96 horas desde la última ingesta etílica y puede durar unos 3-5 días<sup>4</sup>. Se trata de una urgencia médica, que puede llegar a tener una tasa de mortalidad del 5% con tratamiento y hasta del 20% si no se llega a tratar<sup>8</sup>.

- **Cuadros convulsivos.**

Se da en el 3% de los SAA y aparece a las 7-48 horas tras el cese del consumo. Típicamente son tónico-clónicas y generalizadas. La mortalidad se asocia al desarrollo de

delirium tremens y al status epiléptico<sup>4</sup>. El tratamiento se basa en la administración de benzodicepinas, de elección el diazepam intravenoso<sup>8</sup>.

## URGENCIAS RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO PARA ALCOHOLISMO

- **Efecto Disulfiram.**

El cuadro se caracteriza por intensa rubefacción facial, inyección conjuntival, taquicardia y taquipnea, disnea, náuseas y vómitos, mareo, hipo o hipertensión y sensación de “muerte inminente”. Estos efectos pueden aparecer entre 10 a 20 minutos de la ingesta de alcohol y su intensidad es directamente proporcional a la ingesta de alcohol y cantidad de disulfiram que se ha tomado. Puede durar desde varias horas hasta 2 semanas. La administración de metilprednisolona 20-40 mg vía intramuscular, puede hacer que el cuadro se resuelva con mayor rapidez<sup>8</sup>.

- **Sobredosis durante el tratamiento de desintoxicación.**

Ocurre a raíz de los efectos sedantes de la medicación ansiolítica usada para la desintoxicación cuando se consume alcohol, opiáceos, benzodicepinas u otras sustancias con efecto depresor. Puede aparecer somnolencia, desorientación o estupor, disartria, alteraciones del equilibrio y también puede existir riesgo de parada cardiorrespiratoria.

## CONSUMO CRÓNICO DE ALCOHOL

- **Síndrome Wernicke-Korsakoff.**

Se consideran a la Encefalopatía de Wernicke y al Síndrome Amnésico de Korsakoff como dos estadios sucesivos de una misma enfermedad. La Encefalopatía de Wernicke es un cuadro de afectación cerebral caracterizado por una triada clásica: oftalmoplejía, ataxia y confusión o trastorno mental (aparece en este orden y desaparece a la inversa). Se trata de una poliencefalitis hemorrágica aguda causada por la deficiencia de tiamina secundaria al alcoholismo crónico y los déficits nutricionales acompañantes. El Síndrome de Korsakoff es el estado al que evoluciona la enfermedad de Wernicke, siendo un cuadro crónico caracterizado por amnesia anterógrada y retrógrada, confabulaciones y desorientación.

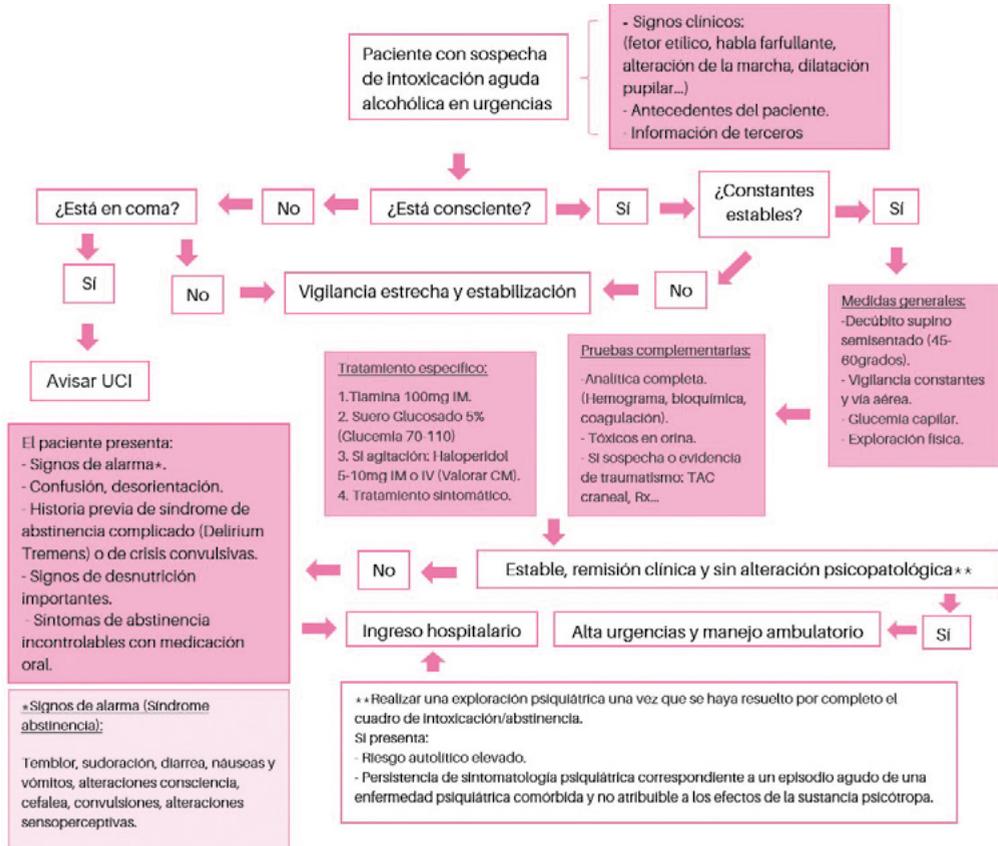
Con el objetivo de prevenir un déficit de vitamina B1 y las patologías anteriores asociadas, se debe administrar tiamina en dosis de 100 a 300 mg por vía intramuscular durante los tres primeros días de tratamiento de desintoxicación alcohólica. Posteriormente debemos mantener dicho tratamiento por vía oral a dosis de 200-400 mg/día<sup>4</sup>.

**Tabla 3.** Situaciones de urgencias somáticas asociadas al consumo de alcohol.

<b>Cardiovasculares</b>	Arritmias, accidente cerebrovascular, crisis hipertensiva, cardiopatías.
<b>Digestivas</b>	Hepatitis y cirrosis alcohólica, pancreatitis aguda, complicaciones hemorrágicas, ascitis a tensión, síndrome hepatorenal.
<b>Endocrinometabólicas</b>	Hipoglucemia, síndrome de Cushing.
<b>Hematológicas</b>	Anemia macrocítica, ferropenia, neutropenia, trombocitopenia.
<b>Neurológicas</b>	Crisis convulsivas, neuropatía periférica. Encefalopatía hepática. Trastornos del nivel de conciencia: síndrome de Wernicke. Trastornos cognitivos: amnesia (episódica o crónica, síndrome de Korsakoff), demencia alcohólica.
<b>Osteomusculares</b>	Gota, osteoporosis, miopatías.
<b>Respiratorias</b>	Neumonías, tuberculosis.
<b>Traumatismos</b>	Relacionados con consumo de alcohol.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Algoritmo de actuación en urgencias ante paciente que acude a urgencias con sospecha de consumo de alcohol.



Fuente: Elaboración propia.

## URGENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE CANNABIS

El cannabis es la sustancia ilícita más consumida a nivel mundial, y también en España. La vía de consumo más frecuente es la fumada, solo o mezclado con tabaco, pero también se puede consumir por vía oral, con una absorción mucho más lenta, lo que se traduce en mayor riesgo de sobredosis.

Por vía fumada los efectos son inmediatos y pueden durar de 1 a 3 horas<sup>9</sup>. Pueden aparecer síntomas de euforia, desinhibición, locuacidad, risa fácil, enrojecimiento conjuntival, relajación, somnolencia, sequedad de boca, aumento del apetito, alteraciones de la percepción, sensación de alargamiento del tiempo. También se altera el tiempo de reacción, las funciones eje-

cutivas y la coordinación motora. En ocasiones puede aparecer ansiedad, disforia e incluso sintomatología psicótica. Asimismo, se puede provocar un cuadro de hipotensión brusca, con sudoración, taquicardia, mareo e incluso alteraciones del nivel de conciencia.

El tratamiento de la intoxicación por cannabis es sintomático. Si existe intensa ansiedad se podrá administrar alguna benzodiacepina vía oral (por ejemplo, diazepam o clorazepato dipotásico a dosis de 10-30 mg/día o lorazepam a dosis de 1-3 mg/día). La atención de este tipo de sustancia está relacionada con la aparición de crisis de ansiedad o de pánico con asociación de clínica de despersonalización. Son típicos los “flashbacks” o reexperimentación de estas crisis tras largo tiempo sin consumir. También pueden consultar por existencia de alteraciones sensorio-perceptivas y/o delirios de persecución, agitación, desorganización y heteroagresividad, que exigen el uso de fármacos antipsicóticos, preferentemente atípicos<sup>10</sup>.

## URGENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE COCAÍNA

La cocaína es un estimulante en el SNC con efecto anestésico a nivel periférico. En España, la forma más habitual de consumo es en polvo, esnifada por vía intranasal. También puede consumirse de forma inhalada, por vía intravenosa y por aplicación directa sobre las mucosas.

En gran parte la demanda urgente se relaciona con alteraciones psiquiátricas, aunque un importante porcentaje de asocia con otras complicaciones como problemas cardiovasculares por su efecto vasoconstrictor; principalmente cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular o crisis convulsiva.

Sus efectos tras consumo aparecen a los pocos minutos y duran alrededor de una hora. La combinación con alcohol da lugar a efectos más potentes y mayor duración, a través del metabolito hepático cocaetileno.

El paciente intoxicado suele acudir con ánimo eufórico y puede presentar síntomas maníformes, ansiedad, irritabilidad o incluso agitación psicomotriz. También se puede alterar el juicio de realidad, presentando alucinaciones auditivas o táctiles (típicas las de formicación) o un delirio paranoide de persecución. Además, son frecuentes los síntomas de activación adrenérgica con aumento de presión arterial, temperatura corporal, frecuencia cardíaca y mi-driasis reactiva.

No existe tratamiento farmacológico específico, para el trastorno por consumo de cocaína<sup>9</sup>. En síntomas asociados a intoxicación, suele ser suficiente el empleo de benzodiacepinas vía oral, por ejemplo, lorazepam 1-2 mg o diazepam 5-10 mg y repetir a la hora si es preciso. Si es insuficiente, se puede añadir fármacos antipsicóticos, pero con precaución ya que pueden disminuir el umbral convulsivo.

El síndrome de abstinencia se caracteriza por craving o deseo imperioso de consumo, disforia, irritabilidad, alteración del ciclo sueño-vigilia, fatiga, ideación suicida y alteraciones psicomotoras. Para el control de los síntomas pueden utilizarse benzodiazepinas de vida media larga como cloracepato dipotásico (hasta 100 mg/24h) o diazepam (hasta 30 mg/24h).

## URGENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE OPIÁCEOS

Pertencen a este grupo sustancias como metadona, morfina o tramadol. En España, el principal opiáceo de abuso es la heroína. La vía más frecuente de administración es la inhalada, con frecuencia mezclada con cocaína.

La sobredosis de opiáceos se caracteriza por la tríada clásica de estupor/coma, miosis puntiforme y depresión respiratoria. También puede manifestarse con confusión, somnolencia, bradicardia, hipotermia, náuseas, euforia, estreñimiento y disminución de la percepción del dolor. Requiere intervención urgente.

La base del diagnóstico es la historia clínica y la exploración física. Es recomendable realizar un análisis de drogas en orina previo al uso de metadona o buprenorfina. Puede ser necesario realizar un TAC craneal sin contraste si el paciente se encuentra inconsciente para descartar hemorragia, o una radiografía de tórax por posible neumonía por aspiración.

El tratamiento de la sobredosis, tras asegurar medidas de soporte vital básicas, consiste en la administración de naloxona por vía intravenosa o intranasal, si es necesario de manera repetida hasta revertir los síntomas<sup>11</sup>. Naloxona es un antagonista puro que desplaza al opiáceo de su unión al receptor muy rápidamente. Por vía intranasal a dosis de 4 mg, puede ser comparable a la administración de 2 mg de naloxona intramuscular. A veces es necesario administrar naloxona intravenosa hasta dosis de 12-15 mg, si se sospecha sobredosis por opioides sintéticos como fentanilo.

Tras la administración de naloxona es probable que se desencadene un cuadro agudo de abstinencia que será mal tolerado por el paciente. Dado que la vida media de la naloxona es menor que la de otros opiáceos, se deberá mantener al paciente en observación unas horas, especialmente si en la sobredosis había intervenido metadona (vida media de 36 horas), pues existe el riesgo de reaparición del cuadro clínico con la consiguiente depresión respiratoria.

Para la desintoxicación se pueden utilizar varias alternativas:

- Tratamiento sintomático: los más utilizados son los fármacos agonistas alfa-2-presinápticos, especialmente clonidina. La dosis se calcula según el consumo y deben seguir una pauta descendente de hasta 12 días, vigilando riesgo de hipotensión. Debe evitarse en casos de consumo asociado de alcohol, ya que puede enmascarar los signos autonómicos de abstinencia etílica.

- El fármaco de elección para la desintoxicación es naltrexona, cuya vida media posibilita la administración cada 24 horas e incluso 3 veces por semana. Es un antagonista puro con mayor afinidad por los receptores opiáceos que la heroína. Otra opción es la utilización de agonistas opiáceos, comenzando con un descenso paulatino de la dosis diaria. La dosis de sustitutivo puede calcularse a partir de las siguientes equivalencias de forma aproximada: 1 mg de heroína equivale a 2.5 mg de metadona, 3 mg de morfina, 24 mg de codeína y 50 mg de propoxifeno. En caso de utilizar buprenorfina, un agonista parcial, se recomienda una dosis media de 16-32 mg.

## URGENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La intoxicación por alucinógenos no suele ser un motivo de consulta en urgencias, salvo casos en los que el consumo acaba en ataques de pánico, gritos o risas incoercibles durante periodos prolongados de tiempo junto a la aparición de alteraciones sensorio-perceptivas.

Las llamadas “drogas de diseño” son derivados anfetamínicos con poder alucinógeno. El más conocido es el MDMA o “éxtasis” y suponen una combinación de experiencias sensorio-perceptivas similares a la de los alucinógenos y efectos físicos parecidos a los de los psicoestimulantes.

La intoxicación por fenciclidina (“polvo de ángel”) puede presentarse con francos síntomas psicóticos, agitación, desorientación y comportamiento desorganizado. Los pacientes pueden sufrir accesos de violencia espontáneos e inesperados. La vida media de la sustancia alcanza las 20 horas, por lo que la clínica de intoxicación puede ser prolongada.

Por último, están apareciendo nuevas sustancias psicoactivas, ligadas a contextos diferentes y diversos canales de distribución, que pueden generar diversas situaciones urgentes<sup>12</sup>. Entre las más destacadas podemos encontrar:

- Aminoindanos: MDAI, MMAI. Pueden producir efectos similares a MDMA.
- Cannabionidos sintéticos: spice, K2. Pueden producir episodios de confusión o psicosis.
- Catinonas sintéticas: mefedrona. Pueden producir efectos simpatomiméticos.
- Derivados vegetales: khat, kratom, Salvia divinorum. Pueden producir efectos estimulantes o disociativos.
- Piperazinas: party pills. Pueden producir efectos estimulantes u opiáceos.
- Triptaminas: hongos, setas mágicas. Pueden producir efectos estimulantes y alucinógenos.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Allen, M. H., Currier, G. W., Carpenter, D., Ross, R. W., Docherty, J. P., & Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies 2005 (2005). The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *Journal of psychiatric practice*, 11 Suppl 1, 5-112. <https://doi.org/10.1097/00131746-200511001-00002>.
2. Vitale, S., & van de Mheen, D. (2006). Illicit drug use and injuries: A review of emergency room studies. *Drug and alcohol dependence*, 82(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.08.017>.
3. Jiménez Treviño L, Correas Lauffer J. El paciente drogodependiente. En: Chinchilla A, Correas J, Quintero FJ, Vega M, editores (2010). *Manual de Urgencias Psiquiátricas*. Elsevier España.
4. Marín Mayor, M., Arias Horcajadas, F., López Trabada, J. R., & Rubio Valladolid, G. (2019). Trastornos por consumo de alcohol. *Medicine*, 12(85), 4993-5003. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.004>.
6. Carvalho, A. F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C., & Rehm, J. (2019). Alcohol use disorders. *Lancet (London, England)*, 394(10200), 781-792. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31775-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31775-1).
7. American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (R): Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5 (R)*. American Psychiatric Association Publishing. 259-263.
8. Schneider, F., & Weber-Papen, S. (2017). Notfälle aufgrund psychischer Störungen [Psychiatric emergencies]. *Der Nervenarzt*, 88(7), 819-833. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0352-9>.
9. Cáceres Anillo D. (2007). Urgencias en alcoholismo: abordaje desde los centros de tratamiento de adicciones. *Revista Española de Drogodependencias*, 32, 131-148.
10. San Juan Sanz P. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine*, 12(85):4984-82. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.003>.
11. Nava P, Nava P, Nieves M, Álvarez S, Arias F. Cannabis. En: Pereiro Gómez C, Fernández Miranda JJ, coordinadores. (2018). *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Valencia: Socidrogalcohol. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
12. Skolnick P. (2021). Treatment of overdose in the synthetic opioid era. *Pharmacology & therapeutics*, 108019. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2021.108019>.
13. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015). *New psychoactive substances: an update from the EU Early Warning System*, Publications Office of the European Union. Luxembourg.