

**MÉDICOS
POR LA SEGURIDAD VIAL**

Alcohol
y otras drogas

13



ÍNDICE

1. ALCOHOL Y CONDUCCIÓN	3
2. ALCOHOL Y MOVILIDAD	5
3. ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR CONSUMO DE ALCOHOL Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE	7
4. DROGAS Y CONDUCCIÓN. CONDUCTA DELICTIVA	9
5. TIPOS DE DROGAS Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE	11



1. ALCOHOL Y CONDUCCIÓN

1. ALCOHOL Y CONDUCCIÓN

El alcohol es una droga psicodpresora que, incluso en pequeñas dosis, influye negativamente en la conducción, ya que perturba las aptitudes del conductor.

Probablemente sea el factor de riesgo más importante para sufrir un accidente de tráfico.

Conviene recordar que las cantidades de alcohol ingeridas no afectan de la misma forma a todas las personas. Los efectos del alcohol dependen de:

- ▶ Las condiciones personales como la edad, el hábito y la costumbre.
- ▶ La constitución física del conductor, ya que a mayor peso, es necesario ingerir mayor cantidad de alcohol para lograr el mismo nivel de intoxicación.
- ▶ Modalidades de la ingestión, como la cantidad de bebida, su concentración, en ayunas o durante las comidas, tiempo o ritmo de consumo de la bebida, o que el alcohol esté gasificado o caliente, ya que estas condiciones potencian la rapidez de aparición del alcohol en sangre.

El alcohol es un tóxico que afecta al sistema nervioso central y que siempre tiene efecto depresor, aunque se manifiesta primero con una aparente estimulación por un cuadro de excitación y posteriormente sedación.

SÍNTOMAS SEGÚN LA TASA DE ALCOHOLEMIA**De 0,3 a 0,5 g/l, es el inicio de la zona de riesgo**

- ▶ Excitabilidad emocional, disminución de la agudeza mental y de la capacidad de juicio.
- ▶ Relajación y sensación de bienestar, deterioro de los movimientos oculares, distorsión de las distancias o "efecto túnel", y debilidad en la percepción de luces móviles.

De 0,5 a 0,8 g/l

- ▶ Reacción general lenta y comienzo de la perturbación motriz, con pérdida de la capacidad de concentración e intuición y falta de coordinación.
- ▶ Trastornos en la visión y alteraciones del equilibrio.
- ▶ Mala percepción de la luz roja.
- ▶ Euforia, optimismo y disminución de la inhibición e inestabilidad emotiva, con incremento de la valoración de la propia capacidad y el deseo de manifestarla.
- ▶ Exceso de la confianza en sí mismo con desprecio de las señales.
- ▶ Comienzo de la impulsividad y agresividad al volante.

De 0,8 a 1,5 g/l

- ▶ Estado de embriaguez importante, reflejos muy perturbados y lentitud de las respuestas.
- ▶ Pérdida del control preciso de los movimientos y problemas serios de coordinación.
- ▶ Torpeza expresiva y motora.
- ▶ Disminución del rendimiento intelectual, con dificultad en las actividades mentales, como memoria y capacidad de juicio.



1. ALCOHOL Y CONDUCCIÓN

- ▶ Aparición de estados emocionales de agresividad ante contrariedades. Conducción temeraria.
- ▶ Disminución notable de la vigilancia y de la percepción del riesgo.

De 1,5 a 2,5 g/l

- ▶ Embriaguez neta con posibles efectos narcóticos y confusión.
- ▶ Cambios conductuales imprevisibles y notable confusión mental.
- ▶ Visión muy borrosa, actitud titubeante y falta de coordinación de movimientos.

Más de 2,5 g/l

- ▶ Embriaguez profunda, estupor con analgesia y progresiva inconsciencia.
- ▶ Abolición de los reflejos, parálisis e hipotermia. Puede desembocar en coma.
- ▶ Imposibilidad de conducir.

Una vez alcanzado el mismo nivel de alcohol en sangre, los efectos son similares para todas las personas, con independencia de la cantidad ingerida y dependiendo de su concentración sanguínea.

La proporcionalidad entre concentraciones y efectos se ve alterada por el desarrollo de tolerancia, de manera que los efectos motores, sedantes, ansiolíticos y anestésicos del etanol disminuyen de intensidad tras el consumo crónico de alcohol.

El alcohol consumido de forma crónica produce alteraciones digestivas, cardíacas, hepáticas, pérdida de memoria, paranoia, problemas de visión y reflejos, etc., que incapacitan en muchos casos la conducción de forma permanente.

METABOLISMO DEL ALCOHOL Y SU INFLUENCIA EN LA CONDUCCIÓN

El alcohol etílico se distribuye de forma uniforme por todos los tejidos y fluidos del organismo, excepto en la grasa.

El hígado es el encargado fundamentalmente de eliminar el alcohol. Pero el proceso de desintoxicación etílica es mucho más largo que el de intoxicación.

Así, por ejemplo, un varón sano de 70 kilogramos de peso que haya rebasado el límite de 0,5 g/l de alcohol en sangre necesitará cerca de 5 horas para eliminar el alcohol en su totalidad, pues la velocidad de eliminación es de 0,15 a 0,20 g/l por hora. Para 1,2 g/l, llevaría unas 8 horas eliminarlo totalmente.

Determinados consumos de alcohol, que en circunstancias normales podrían ser catalogados como carentes de riesgo, pueden ser muy peligrosos en situaciones en que la persona tenga que conducir, pilotar o manejar maquinaria.

Las píldoras "antirresaca" enmascaran peligrosamente los efectos, pero no los eliminan.

Consejo sobre alcohol y conducción

- ▶ El alcohol es un tóxico que afecta al sistema nervioso central impidiendo la conducción segura. Por lo tanto, si se va a conducir no se puede beber alcohol.



2. ALCOHOL Y MOVILIDAD

2. ALCOHOL Y MOVILIDAD

No se puede conducir si se ha bebido alcohol, o lo que es lo mismo, si se quiere conducir, no se puede beber alcohol.

El conductor, con cada pequeño incremento del nivel de alcohol en sangre, tiene un aumento paralelo de sufrir un accidente de tráfico.

En España la tasa de alcoholemia, que suele alcanzar su punto máximo una hora después de haber tomado la última copa, se ha limitado con carácter general a 0,5 gramos por litro de sangre. Sin embargo, algunos conductores de vehículos destinados al transporte escolar o servicio público, de mercancías peligrosas, y de servicios de urgencia, tienen limitada la tasa de alcoholemia a 0,3 gramos por litro de sangre.

La reducción de las tasas máximas de alcohol permitidas para conducir responde al objetivo de la Dirección General de Tráfico de reducir la alta siniestralidad que padecen las carreteras españolas.

Con 0,8 g/l de alcohol en sangre, la probabilidad de sufrir un accidente se multiplica por 100 frente a los que no llegan a ese límite.

Según la OMS, los accidentes de circulación, las intoxicaciones, suicidios y homicidios son las causas más frecuentes de muerte en varones jóvenes por culpa del alcohol.

Las tasas de mortalidad varían notablemente con respecto a las mujeres de esta misma edad, ya que sólo algo más del 9% de las mujeres fallece por esta causa, frente al 25% de los hombres.

En los países en los que se prohíbe la publicidad de bebidas alcohólicas se reduce este consumo en un 16%, en comparación con los países en los que no se pone ningún tipo de restricción, y también disminuyen en un 23% las muertes por accidentes de tráfico.

“Para los jóvenes, cinco minutos más de publicidad de bebidas alcohólicas al día se traduce en un aumento del consumo habitual de alcohol en cinco gramos”, afirma la OMS.

Según uno de los últimos estudios hecho público sobre el consumo de alcohol en España, la *Guía práctica de intervención en el alcoholismo*, publicada por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, en nuestro país existen más de tres millones de personas alcohólicas.

Datos del Ministerio de Sanidad revelan que el 12% de los ciudadanos confiesan que se embriagan al menos una vez al año, y el 4% una o más veces a la semana.

La cifra de personas que se embriagan a diario asciende a 291.000 personas, siendo su perfil el de un varón entre 19 y 28 años.

El 47% de la población bebe de forma más o menos habitual, con un consumo aproximado de alcohol por persona entre 9 y 10 litros por habitante y año.

También ha pasado de ser una bebida incluida en la dieta diaria a una sustancia que, sobre todo los jóvenes, ingieren de forma compulsiva los fines de semana.



2. ALCOHOL Y MOVILIDAD

Entre 16 y 25 años, existe un 83% de la población que bebe de forma habitual.

La mezcla alcohol-conducción es la primera causa de muerte entre los jóvenes, por los accidentes de tráfico que produce.

Igualmente, han cambiado los patrones de bebidas y hoy la cerveza es la bebida alcohólica de mayor aceptación, consumida en un 36,3%, seguida del vino con casi un 30% y de los combinados con casi un 21%.

Las cifras en España delatan que este mal hábito social tan extensamente aceptado, pues somos el quinto país del mundo en litros consumidos, es una problemática social que cada año se cobra más de 13.000 vidas en nuestro país por cirrosis, pancreatitis, víctimas de accidentes de tráfico y otras consecuencias derivadas como pueden ser los malos tratos.

En España, no existe ningún estudio que revele el número de siniestros en el que interviene de forma determinante el alcohol, fundamentalmente porque en la mayoría de los casos no se practica la prueba a los fallecidos en accidente de circulación. Sin embargo, la DGT estima que en el 38% de los siniestros están presentes el alcohol o las drogas.

El 67% de los conductores ebrios reducen su consumo al recibir ayuda en el hospital, después de sufrir un accidente de tráfico. Un consejo de apenas cinco minutos por parte de los profesionales consigue disminuir en un 67% el consumo de alcohol y en un 47% el porcentaje de bebedores de riesgo.

Todo conductor está obligado a someterse a las pruebas de alcoholemia, si así lo requiere la Guardia Civil de Tráfico o la Policía Municipal. Ésta es una cuestión que el propio Tribunal Constitucional ha dejado perfectamente claro. Además, negarse a realizar una prueba de alcoholemia está tipificado como delito contra la seguridad del tráfico.

RELACIÓN ENTRE EL ALCOHOL INGERIDO Y EL GRADO DE ALCOHOLEMIA

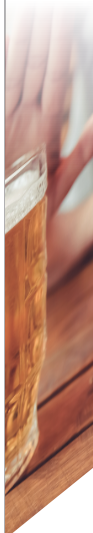
Depende de varios factores, pero en términos generales:

- ▶ 0,4 g/l: 2 vasos de vino o 3 cañas de cerveza.
- ▶ 0,6 g/l: 1 copa de whisky.
- ▶ 0,8 g/l: 2 copas de whisky, 5-6 cañas o 4-5 vinos.

Como estos datos no son muy fiables, el consejo más claro es sencillamente: "Si bebes, no conduzcas".

Consejo sobre alcohol y movilidad

- ▶ No se puede conducir si se ha bebido alcohol, o lo que es lo mismo, si se quiere conducir, no se puede beber alcohol.



3. ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR CONSUMO DE ALCOHOL...**3. ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR CONSUMO DE ALCOHOL Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE**

El alcohol consumido de forma crónica produce alteraciones digestivas, cardíacas, hepáticas, pérdida de memoria, paranoia, problemas de visión y reflejos, etc., que incapacitan en muchos casos la conducción de forma permanente.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA DEL ALCOHOL

Produce temblor, hiperreflexia y, en algunos pacientes, convulsiones generalizadas.

ALUCINOSIS ALCOHÓLICA

Sigue al consumo excesivo y prolongado de alcohol, con ilusiones y alucinaciones auditivas sin confusión, que provocan terror en el paciente.

Suele ser transitoria y responde al tratamiento con fenotiazinas en un periodo de 1-3 semanas.

DELIRIUM TREMENS

Debido a la abstinencia grave, se inicia con episodios de ansiedad y confusión creciente, insomnio con pesadillas y depresión profunda.

Son características la desorientación e interrupción de las funciones cognitivas, con sensación de gran inquietud.

Pueden producirse alucinaciones y estados delirantes, con temblor, disartria y ataxia.

CIRROSIS ALCOHÓLICA:

Produce embotamiento, letargo y estupor.

SÍNDROME DE KORSAKOFF

Se caracteriza por una grave alteración de la memoria reciente, a menudo compensada con fabulación.

Está asociado generalmente al consumo excesivo de alcohol, malnutrición crónica o déficit dietético del grupo vitamínico B, particularmente tiamina.

ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE

El pronóstico es peor si también se desarrolla este tipo de encefalopatía caracterizada por parálisis ocular, alteración del pensamiento, ataxia y polineuropatía.



3. ALTERACIONES NEUROLÓGICAS POR CONSUMO DE ALCOHOL...

EPILEPSIA

Puede agravarse en un paciente por el consumo excesivo de alcohol. A su vez, el alcoholismo constituye por sí mismo una posible causa de crisis convulsiva.

En la proximidad de la crisis y de manera transitoria suele existir una sensibilidad aumentada a la estimulación luminosa intermitente.

Las crisis convulsivas y la fotosensibilidad suelen ocurrir en periodo de abstinencia, al menos algunas horas después de la última ingestión de alcohol.

El tratamiento más recomendable de la epilepsia de origen alcohólico es la supresión del alcohol, ya que el seguimiento del tratamiento anticonvulsivante en estos pacientes es muy difícil de lograr.

POLINEURITIS Y NEURITIS ÓPTICA

La lesión o pérdida de funcionalidad en el [nervio óptico](#) puede estar originada por múltiples causas y ocasiona en general pérdida de visión y déficit en el [campo visual](#). Están en gran medida asociadas a estados carenciales vitamínicos sobre todo del grupo B.

Consejo sobre alteraciones neurológicas por consumo de alcohol

- ▶ El consumo de alcohol incapacita la conducción, por lo que no se puede conducir después de beber alcohol.
- ▶ En caso de duda, se debe utilizar un etilómetro personal que asegure la ausencia de alcohol en el organismo antes de conducir.
- ▶ Las personas que tienen dependencia del alcohol no pueden conducir.
- ▶ Tampoco pueden conducir las personas con antecedentes de dependencia del alcohol en las que la rehabilitación no esté debidamente conseguida o que carezcan de informe que acredite la adecuada rehabilitación.
- ▶ En el caso de existir antecedente de dependencia del alcohol con informe favorable del médico, se podrá conducir con periodos de vigencia a criterio del facultativo según la evolución del paciente.
- ▶ No se puede conducir si existen trastornos inducidos por el alcohol como abstinencia, delirium, demencia, alteraciones psicóticas u otros que supongan riesgo para la seguridad vial.
- ▶ El paciente que con tratamiento médico y terapia de ayuda deja de beber alcohol será valorado por las posibles secuelas neurológicas no recuperables, que le pueden seguir limitando la conducción.
- ▶ Si el informe médico es favorable, el paciente carece de minusvalías neurológicas y no vuelve a beber alcohol, podrá recuperar el permiso de conducción.



4. DROGAS Y CONDUCCIÓN. CONDUCTA DELICTIVA

4. DROGAS Y CONDUCCIÓN. CONDUCTA DELICTIVA

El término droga de abuso se utiliza para designar a todas aquellas sustancias que crean dependencia y que se obtienen de forma ilegal.

La drogodependencia es un estado de intoxicación periódica o crónica que afecta negativamente al individuo y a la sociedad, originado por el consumo repetido de una droga natural o sintética.

Según la OMS, para poder hablar de drogodependencias se tienen que reunir los siguientes criterios:

- ▶ Un deseo invencible o necesidad imperiosa de continuar consumiendo droga y de procurársela por todos los medios (dependencia psíquica).
- ▶ Una tendencia a aumentar la dosis progresivamente (tolerancia).
- ▶ Presencia de un síndrome de abstinencia al interrumpir bruscamente el consumo de la sustancia (dependencia física).
- ▶ Daño para el propio sujeto y para la sociedad.

La drogodependencia produce en la persona una enfermedad física y psicológica grave, que repercute en las relaciones personales, familiares, laborales, interfiriendo el bienestar social en todos sus ámbitos y asociándose con frecuencia a una elevada actividad delictiva.

En el momento actual se ha pasado a un consumo en forma de politoxicomanía, con disminución de la vía endovenosa, con tendencia al consumo comunitario, y asociado a actividades lúdicas de fin de semana.

Pero también ha cambiado el tipo de drogas de abuso. Entre estas nuevas drogas destacan las anfetaminas de síntesis, que están siendo consumidas a razón de varios millones de comprimidos al año en España.

Se maneja con frecuencia la cocaína y sus derivados, y han aparecido nuevas formas como fenciclidina, STP, "píldora de la paz" (LSD con mescalina y cocaína) y el denominado "crack" (compuesto obtenido del clorhidrato de cocaína sin la utilización de disolventes volátiles, con bicarbonato sódico y a bajo calor), con gran rapidez de acción y producción de algunas muertes súbitas.

Todo consumo de drogas es grave por los efectos tóxicos directos, por la acción desinhibidora de psicopatología latente o exacerbación de la ya existente, por la progresiva desestructuración psicosocial del consumidor, o por la proclividad a cometer delitos.

Según los expertos, se ha comprobado que el consumo de metanfetaminas causa anomalías en regiones del cerebro asociadas con la atención selectiva y otras asociadas con la memoria.

Los cambios neuronales asociados con el consumo a largo plazo de estas drogas podrían no ser permanentes y restablecerse tras una prolongada abstinencia.



4. DROGAS Y CONDUCCIÓN. CONDUCTA DELICTIVA

CONDUCTA DELICTIVA

Los efectos directos más frecuentes que la droga produce en el sujeto son la aparición de trastornos psicóticos, las reacciones de ansiedad, el delirium y los estados confusionales y de agresividad.

Durante estas situaciones, el drogodependiente puede cometer delitos tales como lesiones, agresiones sexuales e incluso homicidios, sin contar los intentos de suicidio tan frecuentes con los alucinógenos como LSD, que pueden originar graves trastornos conductuales, denominados en el argot "viaje".

Existen grandes polémicas sobre si el paciente adicto a drogas presenta alteraciones previas de la personalidad, y si son dichos rasgos los que precipitan el consumo de tóxicos, o si por el contrario, es el consumo de tóxicos el que altera, modifica y configura la personalidad de los drogodependientes.

Muchos trastornos de la personalidad tratan de compensar sus insuficiencias o conflictos intrapsíquicos con el consumo de tóxicos.

En ocasiones, un estado morbosos latente como la esquizofrenia aflora por el consumo de tóxicos.

A su vez, personalidades con acusados rasgos tales como inestabilidad, impulsividad y escasa tolerancia a la frustración se descompensan con el consumo de determinadas drogas, manifestando conductas anómalas que con cierta frecuencia son seguidas de estados amnésicos completos.

Algunos autores llegan a considerar que el 45% de los toxicómanos detenidos por presuntos delitos presentan trastornos de la personalidad y un 10%, antecedentes de depresiones mayores.

Consejo sobre drogas, conducción y conducta delictiva

- ▶ El consumo de drogas induce peligrosidad tanto individual como social, e incapacita para conducir.
- ▶ El paciente que con tratamiento médico y terapia de ayuda deja de consumir drogas será valorado por las posibles secuelas neurológicas o psiquiátricas no recuperables, que le pueden seguir limitando la conducción.
- ▶ Si el informe médico es favorable, sin minusvalías neurológicas ni psiquiátricas, y el paciente no vuelve a consumir drogas, podrá recuperar el permiso de conducción.
- ▶ Es importante el informe psicológico y/o psiquiátrico que detecte trastornos de la personalidad o de la conducta, que incapaciten la conducción a los pacientes tratados de dependencia a las drogas con evolución favorable y que quieren volver a conducir.



5. TIPOS DE DROGAS Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE

OPIÁCEOS

La intoxicación aguda por opiáceos se caracteriza por euforia, miosis, somnolencia, hipotensión, bradicardia y respiración con menor frecuencia y profundidad.

El síndrome de abstinencia produce hiperactividad del sistema nervioso central, con aumento de la frecuencia respiratoria, bostezos, lagrimeo, sudación, rinorrea, temblor, midriasis, mialgias (dolores musculares), etc.

Los adictos a la heroína pueden sufrir trastornos neurológicos como ambliopía tóxica (disminución de la agudeza visual), mielitis transversa, mononeuropatías y polineuropatías, así como el síndrome de Guillain-Barré.

ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS

Los signos de intoxicación sedante progresiva son disminución del estado de alerta con nistagmo, somnolencia, ataxia y farfulleo, pudiendo evolucionar a la confusión, el sueño profundo, la depresión respiratoria y la posibilidad de muerte.

Los pacientes con dosis altas de depresores a menudo tienen dificultades de pensamiento, con lentitud del lenguaje y la comprensión, disartria, mala memoria, juicios defectuosos y disminución de la atención.

Los efectos de la abstinencia se caracterizan por insomnio inicial, inquietud, despertar frecuente y somnolencia diurna.

El síndrome de abstinencia brusco por dosis altas de barbitúricos o ansiolíticos produce un cuadro grave similar al delirium tremens, y el reestablecimiento de la estabilidad del sistema nervioso central requiere alrededor de 30 días.

El síndrome de abstinencia a las benzodiazepinas incluye ansiedad, irritabilidad, temblor, náuseas, hipertensión, taquicardia, despersonalización, alucinaciones y convulsiones motoras.

Los pacientes que consumen dosis más bajas de benzodiazepinas pueden presentar únicamente ansiedad e insomnio al suspender la medicación.

CANNABIS

El cannabis produce un estado de ensoñación, con disturbio de la percepción temporal, cromática y espacial.

Se produce gran dificultad en la percepción de la profundidad y alteración del sentido del tiempo, ambas particularmente peligrosas en la conducción.



5. TIPOS DE DROGAS Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE

La capacidad de comunicación y movimiento está disminuida durante el consumo de esta droga.

El consumo de cannabis favorece la exacerbación de síntomas esquizofrénicos, incluso en pacientes que reciben medicación antipsicótica.

Las sustancias del cannabis no producen dependencia física, por lo que no se produce síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo de droga.

COCAÍNA

Los efectos difieren con la vía de consumo. Cuando se inyecta intravenosa o se inhala, la cocaína produce hiperestimulación, alerta, euforia y sentimiento de gran poder.

Los efectos tóxicos se caracterizan por taquicardia, midriasis, hipertensión, hormigueo, fasciculaciones musculares, alucinaciones visuales, insomnio y nerviosismo extremo.

Pueden desarrollarse alucinaciones e ideas delirantes paranoides, y conducta violenta que puede llegar a ser peligrosa. Como la acción de la droga es breve, es rara una actividad agresiva sostenida.

LSD

Es un potentísimo alucinógeno con alteraciones del pensamiento, la percepción y las sensaciones.

La atención del sujeto se interioriza con dificultad para diferenciar los límites entre los objetos y entre el individuo y su entorno. Se pierde la conciencia del tiempo.

Es frecuente la taquicardia, la hipertensión arterial, la midriasis, fotofobia, debilidad muscular, temblor, ataxia, parestesias, mareos y somnolencia.

DROGAS DE SÍNTESIS

Actualmente son muy consumidas por las falsas ideas de baja toxicidad, ausencia de riesgo, creencia de mejorar las relaciones interpersonales y su supuesto efecto afrodisíaco.

Las más utilizadas son los 3-metil y alfa-metil derivados del fentanilo, los derivados de la meperidina como el MPPP o el MPTP, potentes neurotóxicos, o el clorhidrato de ketamina que es potente alucinatorio.

Sin embargo, entre todas las drogas de síntesis se destacan las de tipo anfetamínico, con más de cincuenta variedades. Entre ellas la MDA o droga del amor, la MDMA conocida como éxtasis, Adam, o XTC, la MDEA o Eva, y la DOM o STP.

Todas se consumen en forma de pastillas y generalmente el consumidor desconoce la composición de lo que está tomando, y por tanto de sus efectos. Hay un incremento del consumo de MDMA o éxtasis sobre las demás, por ser menos tóxica.

5. TIPOS DE DROGAS Y SU REPERCUSIÓN AL VOLANTE

La MDMA provoca desorientación, euforia exagerada, elevación del estado de ánimo, empatía, satisfacción del “yo” y cambios visuales. Esta situación dificulta la percepción del riesgo al volante y permite al conductor asumir un comportamiento temerario.

A dosis elevadas se produce hipertensión, taquicardia, visión borrosa y ataxia, pudiendo con dosis tóxicas producir alucinaciones, agitación, ansiedad, rigidez muscular, midriasis, e incluso convulsiones y colapso vascular hiperdinámico.

Son frecuentes los signos de toxicidad residuales que se manifiestan horas o días después del consumo de las anfetaminas de síntesis, con fatiga de larga duración, somnolencia, pérdida del equilibrio y cefalea. A largo plazo se puede producir letargia.

GAMMAHIDROXIBUTIRATO O GHB

Conocido como éxtasis líquido, es depresora del sistema nervioso central, con anestesia e hipotonía muscular. Puede producir depresión respiratoria, delirio, síndrome extrapiramidal, alucinaciones, cefalea y temblor, pudiendo llegar al coma.

POPPERS

El nitrito de isobutilo y de amilo son vasodilatadores coronarios e hipotensores, en general, y depresores del sistema nervioso central. Se consumen por inhalación, produciendo letargia, alucinaciones y relajación de esfínteres.

En dosis tóxicas provoca cefalea, vómitos, diarrea, taquicardia e hipotensión, que puede llegar al colapso severo, y metahemoglobinemia con depresión respiratoria.

Consejo sobre los tipos de drogas y su repercusión al volante

- ▶ La persona que consume de forma habitual sustancias que disminuyen sus aptitudes al volante no puede conducir.
- ▶ Los trastornos inducidos por drogas como delirium, demencia, alteraciones perceptivas, trastornos psicóticos u otros que supongan riesgo para la seguridad vial impiden la conducción.
- ▶ Los pacientes con antecedentes de consumo de drogas de abuso, pero correctamente rehabilitados, podrán conducir si el informe médico lo acredita debidamente.
- ▶ En el caso de existir antecedente de consumo de drogas de abuso o dependencia a las mismas, sólo se podrá conducir en ausencia de trastornos inducidos por las drogas, con informe médico detallado favorable de la capacidad del paciente para poder conducir, y con periodos de vigencia del permiso a criterio del facultativo según la evolución del paciente.
- ▶ El paciente que con tratamiento médico y terapia de ayuda deja de consumir drogas de abuso será valorado por las posibles secuelas neurológicas o psiquiátricas no recuperables, que le pueden seguir limitando la conducción.
- ▶ Si el informe médico es favorable, sin minusvalías neurológicas ni psiquiátricas, y el paciente no vuelve a consumir drogas, podrá recuperar el permiso de conducción.
- ▶ Es importante el informe psicológico y/o psiquiátrico, que detecte trastornos de la personalidad o de la conducta que incapaciten la conducción a los pacientes tratados de dependencia a las drogas de abuso con evolución favorable, y que quieren volver a conducir.