

Actuar es posible

El profesional de atención primaria
de salud ante los problemas
derivados del consumo de drogas

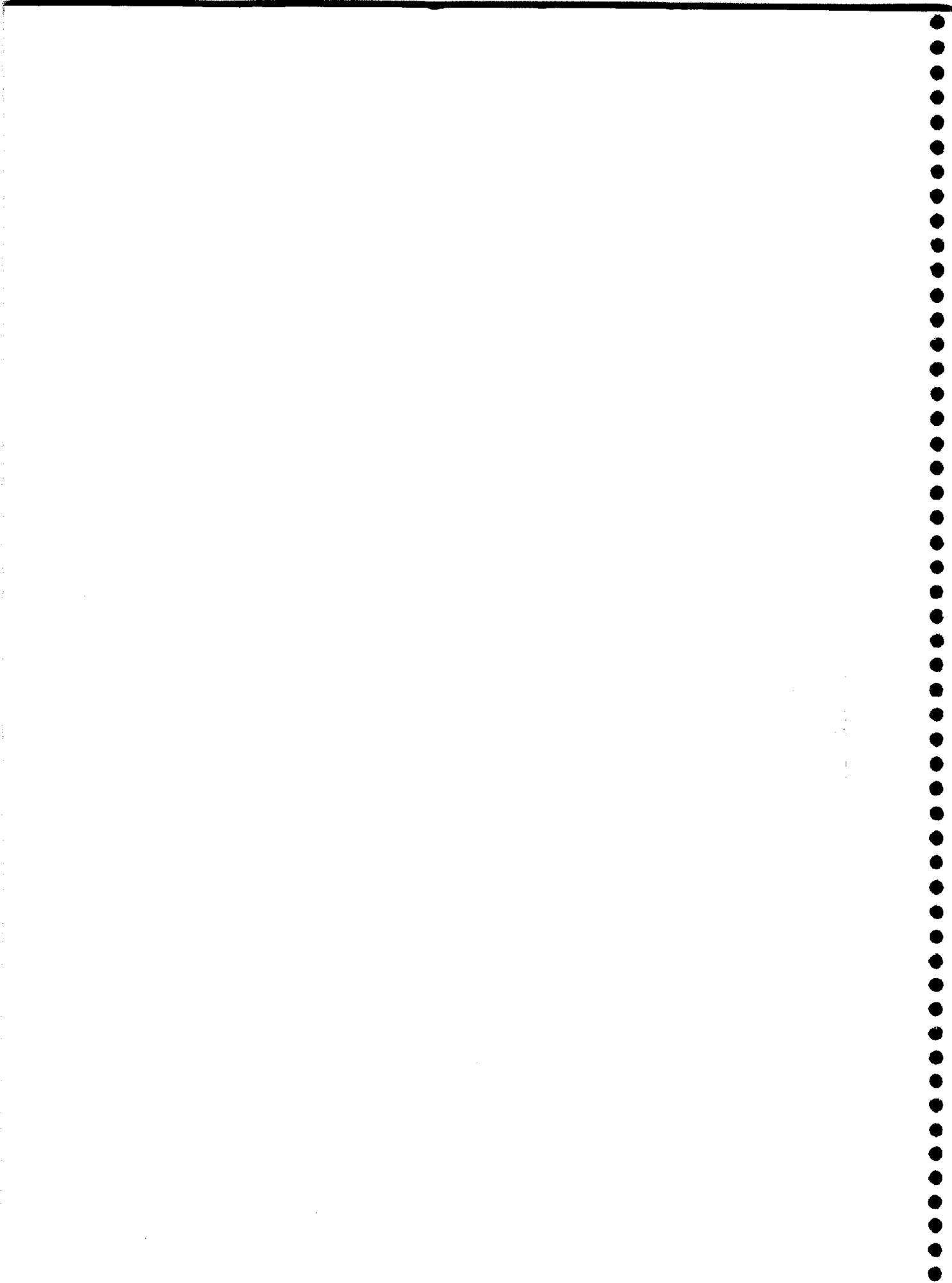


PLAN NACIONAL
SOBRE DROGAS



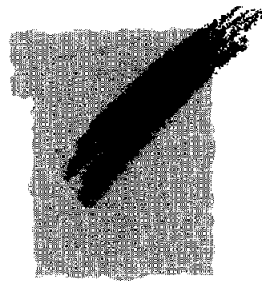
MINISTERIO DE SALUD Y CONSUMO

Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional Sobre Drogas



Actuar es posible

El profesional de atención primaria
de salud ante los problemas
derivados del consumo de drogas



PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



MINISTERIO DE SALUD Y CONSUMO

Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional Sobre Drogas

GRUPO DE TRABAJO

Raquel Boix
M^a José Bravo
Marian Dal-Re
Jordi Forteza-Rei
Luis de la Fuente
Manuel García
Juan J. Gervas
Piedad Hernando
Asunción Prieto
Azucena Sendagorta
Santiago de Torres
Francisco Vargas
Cruz Villanueva
Fernando Villar

EDICION REVISADA

Dirección Técnica:

M^a José Bravo
Gregorio Barrio
Susana Heras

Revisión fichas farmacológicas:

Piedad Ferré



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Publicaciones, Documentación y Biblioteca

Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid

NIPO: 351-91-055-5

I.S.B.N.: 84-7670-319-8

D.L.: M-4200-1992

Imprime: EPES Industrias Gráficas, S.L.

ALCOBENDAS (Madrid)

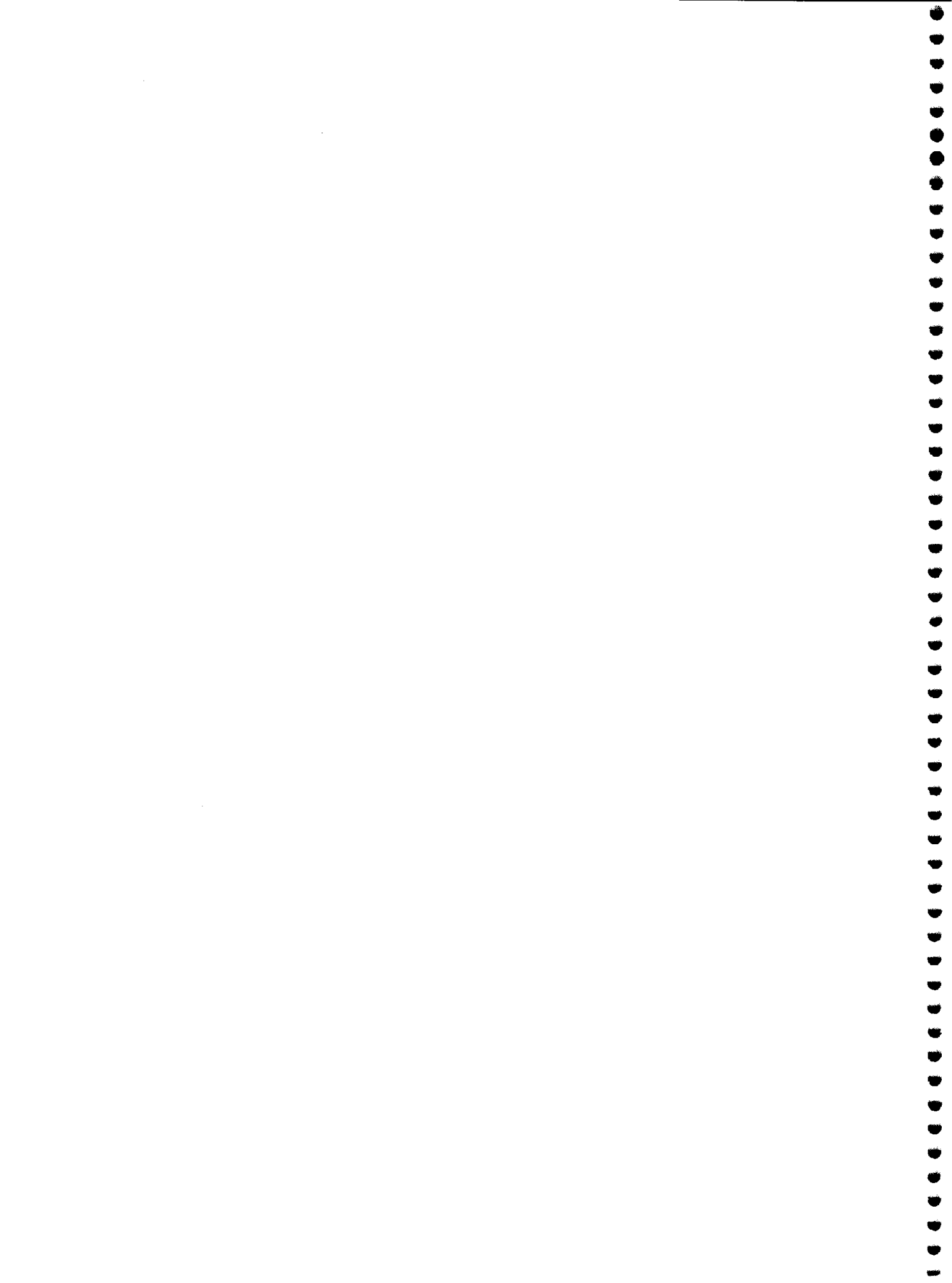
Realización: CONTEXTO, S.A.

Diseño: EFECÉ diseño gráfico, S.L.

Ilustraciones: Nuria Pompeia

Índice

Introducción	5
El profesional de salud ante los padres que preguntan	7
El médico ante peticiones de psicofármacos	13
El profesional de salud ante los problemas urgentes	17
El profesional de salud ante las conductas de riesgo de los consumidores de drogas	27
El profesional de salud ante una demanda de atención	29
El médico ante una solicitud de desintoxicación	31
Criterios básicos para responsabilizarse de un toxicómano	37
Fichas farmacológicas	39
Direcciones útiles	69



Introducción

A finales de la década de los setenta, con algunos años de retraso respecto a otros países de Europa occidental, se produjo en España un aumento importante del consumo de heroína entre determinados grupos juveniles.

En la última década las consecuencias de la epidemia que se inició entonces se han dejado sentir cada vez con mayor intensidad en el sistema sanitario. Aunque últimamente se ha sugerido que la incidencia del consumo de heroína puede estar disminuyendo, la demanda asistencial en los servicios sanitarios generales y específicos por problemas relacionados con el consumo y dependencia de esta droga no han dejado de aumentar.

En ocasiones los servicios de atención han tenido dificultades para dar respuesta a las demandas de los consumidores de drogas. La complejidad del abordaje terapéutico de estos problemas unida a la urgencia de la solicitud, a su inespecificidad, a una excesiva presión asistencial, así como a la indefinición de las tareas que deben ser abordadas por unos y otros servicios, y a la estereotipia de que son objeto estos pacientes ha contribuido a que en muchas ocasiones el sistema de atención no haya podido responder con soluciones adecuadas.

Hoy no cabe duda de que la Atención Primaria de Salud por su ubicación estratégica dentro del sistema sanitario ofrece a estos pacientes una atención y prestaciones, que por su cercanía y precocidad difícilmente son abordables desde cualquier otro nivel del sistema de salud. De hecho, muchas veces el profesional de este nivel de atención es el primero en contactar con los usuarios de drogas cuando todavía es posible prevenir las consecuencias más graves.

El profesional de Atención Primaria ha demostrado que por su posición dentro de la comunidad puede ser un eficiente educador para la salud, promoviendo con éxito el cambio de hábitos de la población general con respecto a conductas de riesgo. Así mismo, cada día tenemos más pruebas de que los consumidores de drogas por vía parenteral, al igual que el resto de la población pueden modificar sus conductas de riesgo, si se les dedican esfuerzos y recursos.

Este hecho ha adquirido una especial relevancia por la gravedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y su creciente difusión entre los consumidores de drogas por vía parenteral. Nuestro país es el segundo de Europa en número absoluto de casos de Sida entre toxicómanos y el primero en número de casos de Sida en esta población por millón de habitantes.

Recientemente, también han comenzado a aumentar los problemas relacionados con el consumo de cocaína. Es posible que en los próximos años los profesionales de la salud tengan que responder también con más frecuencia a problemas de este tipo.

*Con la intención de orientar al profesional de salud en la atención a la población toxicómana, la **Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas** ha editado conjuntamente con otras instituciones varios manuales y materiales de apoyo.*

Introducción

Aquí se presenta la segunda edición revisada del Manual ACTUAR ES POSIBLE. EL PROFESIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA ANTE LAS DROGODEPENDENCIAS, cuyo título ha sido modificado ligeramente. Con él se pretende:

- *Concienciar a los profesionales de Atención Primaria de Salud del importante papel que pueden desempeñar en la respuesta a los problemas relacionados con el consumo de drogas.*
- *Ofrecer protocolos de actuación frente a las demandas específicas que estos profesionales reciben de los consumidores de drogas.*
- *Aumentar el conocimiento de las acciones farmacológicas de las principales sustancias de abuso, así como de los problemas más importantes que puede generar su consumo.*
- *Facilitar información que permita a los médicos no convertirse en proveedores de medicamentos psicoactivos susceptibles de ser utilizados indebidamente por los consumidores de drogas.*
- *Facilitar los teléfonos y direcciones donde obtener información sobre el tratamiento de estos pacientes o sobre la disponibilidad y vía de acceso a centros especializados.*

Esperamos que sea de utilidad para todos los profesionales que realizan su trabajo en el primer nivel de atención.

El profesional de salud ante los padres que preguntan

ANTE LOS PADRES INQUIETOS

Hay preguntas corrientes que son poco fructíferas e incluso nefastas.

Hay preguntas que son fructíferas y merece la pena plantearlas.

CORRESPONDE AL PROFESIONAL DE LA SALUD FACILITAR LA FORMULACION DE PREGUNTAS MAS ADECUADAS

Ejemplo:

¿Cómo conseguir que nuestro hijo no se convierta en un drogadicto?



¿Qué productos son peligrosos?
¿Dónde se consiguen?



¿Por qué síntomas podemos reconocer que nuestro hijo se droga: ojos rojos, cansancio...?



¿Cómo podemos saber lo que hace nuestro hijo cuando sale?
¿Qué malas influencias sufre?
¿Con qué personas se relaciona?



¿Cómo comportarnos con un adolescente que vive un período difícil?



¿Cómo podemos conocer mejor los productos tóxicos para poder HABLAR de ellos con nuestro hijo?



¿Cómo ser conscientes del problema de un hijo que manifiesta síntomas de SUFRIMIENTO, apatía, desinterés, violencia, etc...?



¿Cómo podemos reaccionar ante el desafío que nos hace nuestro hijo al frecuentar lugares o relacionarse con personas que son inaceptables para nosotros?



El profesional de salud ante los padres que preguntan

¿De qué forma podemos convencer a nuestro hijo para que no consuma drogas?



¿Qué podemos hacer para que nuestro hijo "triunfe" en la vida?



¿De qué forma podemos inculcarle "buenos principios"?



¿De qué forma podemos convertirnos en confidentes o en amigos de nuestro hijo?

¿De qué forma podemos ser **CLAROS** y resultar **CONVINCENTES** al hablar de las drogas, de los efectos que producen, de sus límites y de sus riesgos?



¿De qué forma debemos reaccionar ante un hijo que busca un estilo de vida personal?



¿De qué forma podemos dialogar sobre las coherencias y las incoherencias de la moral que defendemos?



¿Cómo dialogar sin entrar en demagogias?
¿De qué forma podemos demostrarle que le queremos, pero que nosotros tenemos nuestra identidad respetando la suya al mismo tiempo? ¿De qué forma podemos enfrentarnos sin romper con él?

El profesional de salud ante los padres que preguntan

ANTE LOS PADRES PREOCUPADOS

En las páginas siguientes el uso de drogas ya no sólo se supone y se teme..., es algo real, sin que ello sea sinónimo de dependencia.

¿Qué hemos hecho para merecer esto?
Hemos fracasado en todo con nuestro hijo.

●

¿De qué forma podemos comprender lo que ocurre sin considerar que se trata de un fracaso?

●

¡Me encantaría tener entre mis manos al que le ha arrastrado a esto! ¡Voy a llamar a la policía!

●

¿Qué le atrae de la droga: la búsqueda del placer, la protesta o la identificación con sus amigos?

●

Podía hacerlo todo... salvo eso... lo habríamos aceptado todo.

●

¿No encuentra en ella un medio de enfrentarse a nosotros?

●

No hemos hecho ningún comentario sobre sus notas, ni sobre sus regresos de madrugada, ni sobre su violencia.

●

¿No será su forma de llamar la atención, de hacerse escuchar?

●

¡Hay que curarle su enfermedad!

●

¿Este consumo le ha creado realmente una dependencia? ¿Qué lugar ocupa en su vida?

●

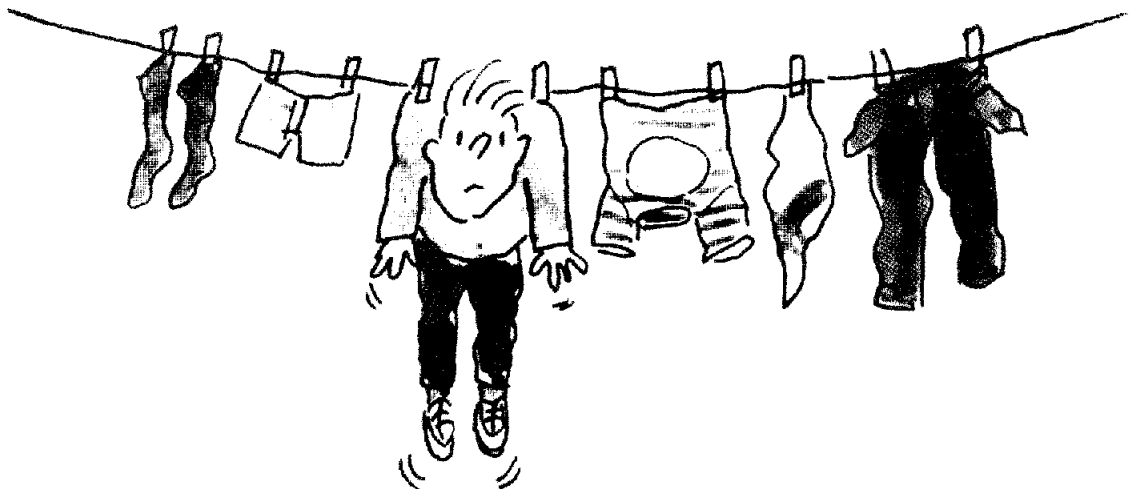
El profesional de salud ante los padres que preguntan

¡Hay que encontrar un centro donde lo curen!

¿Qué podemos hacer para ayudarlo?
¿Podemos ayudarlo a encontrar lugares de interés, a definir sus propias razones para vivir y tener esperanza?

Si sigue así esto le va a llevar a la ruina

¿De qué forma podemos prestar atención a sus problemas y evitar que la droga le sirva de solución o de huida?



El profesional de salud ante los padres que preguntan

NO SE PRECIPITE... NO TOME DECISIONES PREMATURAS.

En efecto, es un ERROR GRAVE orientar de entrada hacia un centro de tratamiento a un joven en el que la experimentación con las drogas sólo es un SINTOMA.

La relación con la droga puede ser ocasional y, en tal caso, no se le debe colocar la etiqueta de "toxicómano".

En la actualidad se puede afirmar que la mayoría de los jóvenes que han probado algún tipo de drogas, ni son toxicómanos ni lo serán nunca.

Diga siempre SI al diálogo.

Rechace los diagnósticos apresurados de toxicomanías.

Vigile la posibilidad de inducir toxicomanías yatrógenas.

El profesional de salud ante los padres que preguntan

Un porcentaje muy elevado de los toxicómanos se proveen dirigiéndose a los médicos.

Cuando se habla de drogas, siempre se piensa en drogas como el hachís, o en otras como la heroína y cocaína y, con frecuencia, se olvidan algunos medicamentos psicoactivos.

Sin embargo:

Un tanto por ciento muy elevado de los toxicómanos se surten dirigiéndose a los médicos.

La mayoría de los toxicómanos, sobre todo los consumidores de heroína o cocaína consumen también otras sustancias, entre ellas algún medicamento con efectos psicoactivos.

Recuerde:

Los toxicómanos muchas veces conocen la farmacopea que les interesa mejor que los propios profesionales y además disponen de tiempo para reflexionar la mejor forma de obtener los medicamentos que desean.

El médico ante peticiones de psicofármacos

Las siguientes páginas tienen como fin indicar las respuestas principales que se pueden dar, o aquéllas que se han de evitar en las distintas situaciones con las que podemos encontrarnos.

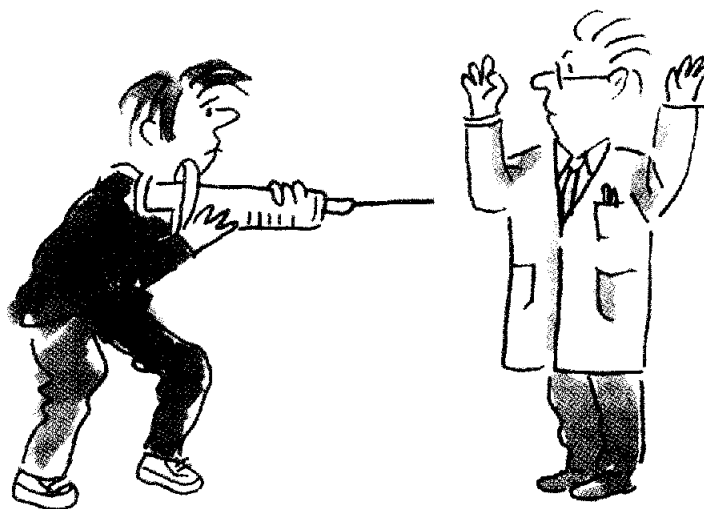
La petición del toxicómano

Un paciente que no le conoce entra en su consulta y le dice:

"Tengo un cólico al riñón, tengo dolor de muelas, sólo el SOSEGON o el BUPREX me calma".

La actitud y la respuesta del médico

Pregúntele y examínelo cuidadosamente para asegurarse bien de que no se trata de una petición PRETEXTO.



El médico ante peticiones de psicofármacos

"Estoy deprimido y sólo la CENTRAMINA o la DEXEDRINA me levanta el ánimo"

Explíquelo los peligros de las anfetaminas y de los estimulantes.

El especialista me receta de vez en cuando DEXEDRINA o ANTIOBES para adelgazar, ahora he vuelto a engordar y necesitaría un envase"

Propóngale un tratamiento más adecuado para la depresión o la obesidad.

"Soy epiléptico y se me ha terminado el LUMINAL"

Trate de confirmar si existe tal epilepsia. En caso de duda prescriba BENZODIAZEPINAS y remítalo al especialista.

"El psiquiatra me da ARTANE y AKINETON, necesito una caja más"

No prescriba nada antes de ponerse en contacto con el psiquiatra. Si dice estar de paso, pregúntele para conocer la causa y las circunstancias que motivaron la prescripción de neurolépticos y la presencia de sus efectos secundarios. No prescriba nada si se trata de una petición pretexto.

"Tengo el mono, me duele todo el cuerpo, no duermo, me muero, deme ROHIPNOL"

El síndrome de abstinencia de opiáceos se presenta como la exacerbación de una crisis de ansiedad. Ofrezca al paciente una ayuda terapéutica sin opiáceos, a base de ansiolíticos y/o analgésicos. No tema. No le hace correr ningún riesgo.

El médico ante peticiones de psicofármacos

"Estoy nervioso, tengo náuseas, me encuentro muy mal, creo que me va a dar un ataque, el LUMINAL me sienta bien"

La dependencia de los barbitúricos conlleva una crisis ansiógena y agresiva. La supresión brusca puede desencadenar convulsiones. Pregunte para determinar las dosis ingeridas (o inyectadas). Puede emplear el efecto anticonvulsivo del DIAZEPAM durante varios días después de la supresión de los barbitúricos. A veces es necesaria una cura muy corta de desintoxicación progresiva con FENOBARBIAL (3 a 5 días), insistiendo al paciente en el carácter excepcional de la prescripción.

"Soy toxicómano desde hace mucho tiempo: empecé a desengancharme yo solo bajando progresivamente las dosis. Me mantengo con un "chute" al día. Ahora necesito algunos comprimidos de BUPREX para terminar. Los otros médicos no entienden mi problema. Ayúdeme por favor"

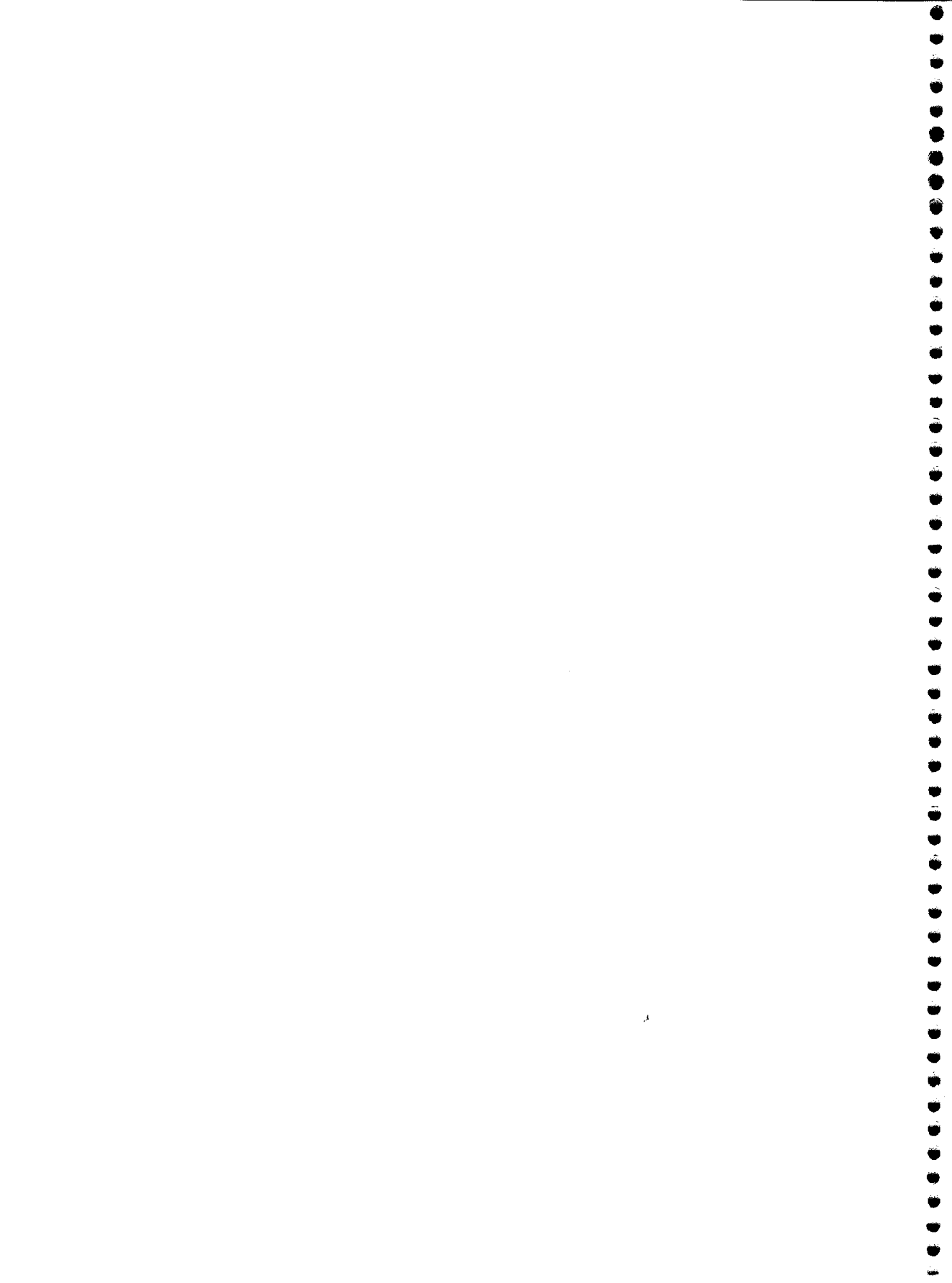
Si no tiene experiencia no se comprometa en este tipo de tratamiento. Enseguida sería objeto de seducciones y manipulaciones si se presta a prescribir opiáceos. Sepa que muchos opiáceos presentados por vía oral, serán empleados por vía intravenosa. ¡CUIDADO! Nunca estará seguro de ser el único en prescribir ese tipo de medicamentos. Nunca estará seguro de que el medicamento que prescribe no será vendido en el mercado negro.

"Se me ha infectado el brazo, creo que ha sido por un "chute"

Trate el problema somático. Piense que aunque el paciente no quiera dejar el consumo, puede modificar positivamente sus hábitos de riesgo. Recomiéndele que utilice material estéril, que no comparta las agujas y jeringuillas, o que por lo menos las desinfecte con lejía.

"Se lo advierto: Me siento muy mal; si no me da lo que le pido, haré una locura"

No ceda al chantaje de un toxicómano. La mejor forma de actuar es siempre con claridad y firmeza.



El profesional de salud ante los problemas urgentes

DEBIDOS AL CONSUMO DE OPIACEOS

A. SINDROME DE ABSTINENCIA

Se trata de un cuadro que puede presentar distintos síntomas y signos según la gravedad del mismo, entre los que destacan:

- ansiedad, midriasis, dolores musculares generalizados, sudoración, escalofríos, lagrimeo, rinorrea, anorexia con náuseas e insomnio persistente.
- en estados más graves pueden aparecer: hipertermia, hipertensión, taquicardia y taquipnea, así como vómitos y diarrea.

Este cuadro se presenta en las personas que han desarrollado dependencia física. Su intensidad y el carácter de los síntomas están en función de distintos factores, tanto de tipo objetivo (dosis, vías de administración, consumo o no de otras drogas, presencia o no de ciertas patologías orgánicas asociadas, etc.), como subjetivo (expectativas de resolución del problema y características de personalidad del propio toxicómano).

Es frecuente que sea éste el primer contacto que el toxicómano tiene con profesionales de la salud.

Por ello **CONVIENE APROVECHAR** el momento para:

- reconducir su demanda hacia el tratamiento global de su drogodependencia; bien guiado por el personal de Atención Primaria o bien poniéndolo en manos de equipos especializados (convendrá valorar en cada caso ambas alternativas)
- si no acepta esta posibilidad; al menos **INFORMAR** y **ACONSEJAR** sobre hábitos que puedan reducir los riesgos asociados al consumo (uso de material estéril, no compartir agujas ni jeringuillas, desinfectarlos con lejía...)
- realizar un examen de salud mínimo. Vacunar o remitir a un programa de vacunación de H.B., prescribir la vacunación antitetánica ...etc.

El profesional de salud ante los problemas urgentes

El síndrome de abstinencia a la heroína comienza a aparecer a las 6-12 horas de la última dosis, alcanzando un máximo a las 24-48 horas y decrece progresivamente hasta los 6-10 días.

El riesgo de muerte en un síndrome de abstinencia es prácticamente inexistente. De todas formas, debe vigilarse la posible aparición de deshidratación en casos extremos.

TENGA EN CUENTA QUE:

- la dependencia de los opiáceos cursa como un proceso recurrente, por lo que pasará por momentos evolutivos distintos, alternando períodos de abstinencia y recaídas de consumo. Aquellos son siempre un logro terapéutico y deben ser potenciados como pasos hacia la solución definitiva;
- a pesar de que el toxicómano no tenga intención de desintoxicarse, el contacto con el personal de salud, el tratamiento de la patología orgánica asociada y el alivio de los síntomas de la abstinencia constituyen siempre una ayuda valiosa para él.

PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO:

- no administre opiáceos;
- los fármacos más adecuados son las benzodiazepinas de acción prolongada (diazepam o clordiazepóxido);
- siempre que sea posible administre el fármaco de manera que el paciente no pueda reconocer su naturaleza;
- administre el medicamento "in situ", sin extender recetas para el tratamiento posterior.

El profesional de salud ante los problemas urgentes

B. INTOXICACION AGUDA:

- si observa un estado comatoso, con miosis puntiforme y depresión respiratoria, que generalmente va acompañado de bradicardia, cianosis, hipotensión e hipotermia;
- si existen signos de venopunción.

Con mucha probabilidad se encuentra ante una intoxicación por opiáceos.

- Disponga el traslado urgente del paciente a un centro hospitalario

MIENTRAS TANTO:

- mantenga permeable la vía aérea;
- realice los procedimientos habituales de reanimación de urgencia;
- administre 0.4-0.8 mg. de NALOXONA (antagonista opiáceo) por vía intravenosa lenta.
 - si no obtiene respuesta, repita la dosis a los 3-5 minutos. El uso de NALOXONA puede salvar la vida de su paciente, no dude en repetir las dosis. Si tras administrar repetidamente NALOXONA, no mejora la función respiratoria y el nivel de conciencia, sospeche asociación con benzodiazepinas y administre 0,2 mg. de FLUMAZENIL (antagonista benzodiazepínico), por vía intravenosa en 15 segundos. Si no obtiene respuesta, en un minuto, se pueden seguir dos pautas alternativas:
 - *dar una segunda dosis de 0,1 mg. de FLUMAZENIL, repitiendo si es necesario la misma dosis cada minuto, hasta un máximo de 1 mg.
 - *mantener perfusión continua de 0,1 a 0,4 mg. por hora de FLUMAZENIL
 - si obtiene respuesta inmediata, pero tras 1 ó 2 horas comprueba que reaparece el cuadro comatoso, repita la dosis de NALOXONA, pues el tiempo de acción de esta sustancia es de 1 ó 2 horas, mientras que el de la heroína es de 4 ó 5 horas.

El profesional de salud ante los problemas urgentes

C. ANAFILAXIA POR SUSTANCIAS AÑADIDAS.

En ocasiones, las diversas sustancias con que es adulterada ("cortada") la heroína (estricnina, talco, detergentes, etc.), como sustancias extrañas al organismo que son, pueden provocar reacciones anafilácticas.

TRATELO como cualquier otra reacción de este tipo.

El profesional de salud ante los problemas urgentes

DEBIDOS AL CONSUMO DE INHALABLES

(Colas, pegamentos, gasolinas, etc...)

INTOXICACION AGUDA

Suele presentarse como un cuadro semejante al etilismo agudo, acompañado de una fuerte halitosis y midriasis. Puede complicarse con cuadros alucinatorios, arritmias, edema agudo de pulmón, depresión medular e insuficiencia hepática.

Algunos datos epidemiológicos como: corta edad, escasos recursos económicos, y presencia de restos de cola o barnices en la ropa, pueden ser de ayuda en el diagnóstico.

- **PROCEDA** a su traslado al hospital.
- **MIENTRAS:** Realice reanimación cardiorespiratoria, si fuera preciso.



El profesional de salud ante los problemas urgentes

DEBIDOS AL CONSUMO DE L. S. D.

La toma de alucinógenos (L.S.D., Mescalina), origina episodios alucinatorios delirantes, con predominio de alucinaciones visuales (habitualmente referidas como de una gran coloración), desorientación temporoespacial y gran afectación psicomotriz.

Suele ceder espontáneamente en 10-12 horas.

- Disponga un ambiente relajado, evite los estímulos y tranquilice al paciente;
- no se recomienda la administración de neurolépticos;
- si es preciso, administre alguna benzodiazepina;
- evite en la medida de lo posible la hospitalización y procure que no permanezca solo durante las últimas horas de la evolución, sino que encuentre a alguien que facilite su toma de contacto con la realidad.

El profesional de salud ante los problemas urgentes

DEBIDOS AL CONSUMO DE ANFETAMINAS

A. INTOXICACION AGUDA

Se presenta como un típico cuadro de hiperestimulación simpática: hiperactividad, hipertemia, sudoración, taquicardia, hipertensión y midriasis.

En ocasiones presenta también sintomatología paranoide.

Remítalo al hospital.

Mientras:

- si el paciente está consciente y no han transcurrido seis horas desde la toma realice un lavado gástrico o la provocación del vómito;
- en caso de que exista gran agitación, administre una benzodiazepina o un neuroléptico.

B. TRANSTORNO DELIRANTE

Este cuadro está dominado por un sentimiento delirante de persecución, presencia de alucinación visual, gran excitación psicomotriz e importante componente angustioso.

No se ha comprobado su relación clara con la dosis, el tiempo de administración, o la personalidad del paciente.

- procure conseguir un ambiente tranquilo, sin estímulos sensoriales;
- administre un neuroléptico;
- si el cuadro persiste, remítalo al hospital.

El profesional de salud ante los problemas urgentes

DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAINA

A. INTOXICACION AGUDA:

- se presenta de forma similar a la intoxicación por anfetaminas;
- puede presentar manifestaciones cardiopulmonares (dolor torácico, palpitaciones, respiración entrecortada, etc.), manifestaciones psiquiátricas (ansiedad, agitación psicomotriz, ideas paranoides, ideas suicidas etc.), manifestaciones neurológicas (vértigo, dolor de cabeza, convulsiones, etc.).
- puede llegar a producir cuadros mortales, estando su gravedad muy condicionada por:
 - la vía de consumo: existe mayor peligro en la vía endovenosa y en la vía pulmonar.
 - la presencia de algunas patologías: insuficiencia coronaria, hipertensión;
 - la toma conjunta de algunos fármacos (simpaticomiméticos) u otras drogas (sobre todo la heroína).
- no se dispone de antagonistas específicos.
- se puede administrar diazepam (5-10 mg.) por vía intravenosa para controlar las convulsiones. No administrar hidantoínas.
- trate el resto de las complicaciones según las pautas habituales.

B. TRANSTORNO DELIRANTE

Muy similar al producido por las anfetaminas.

Proceda de igual forma.

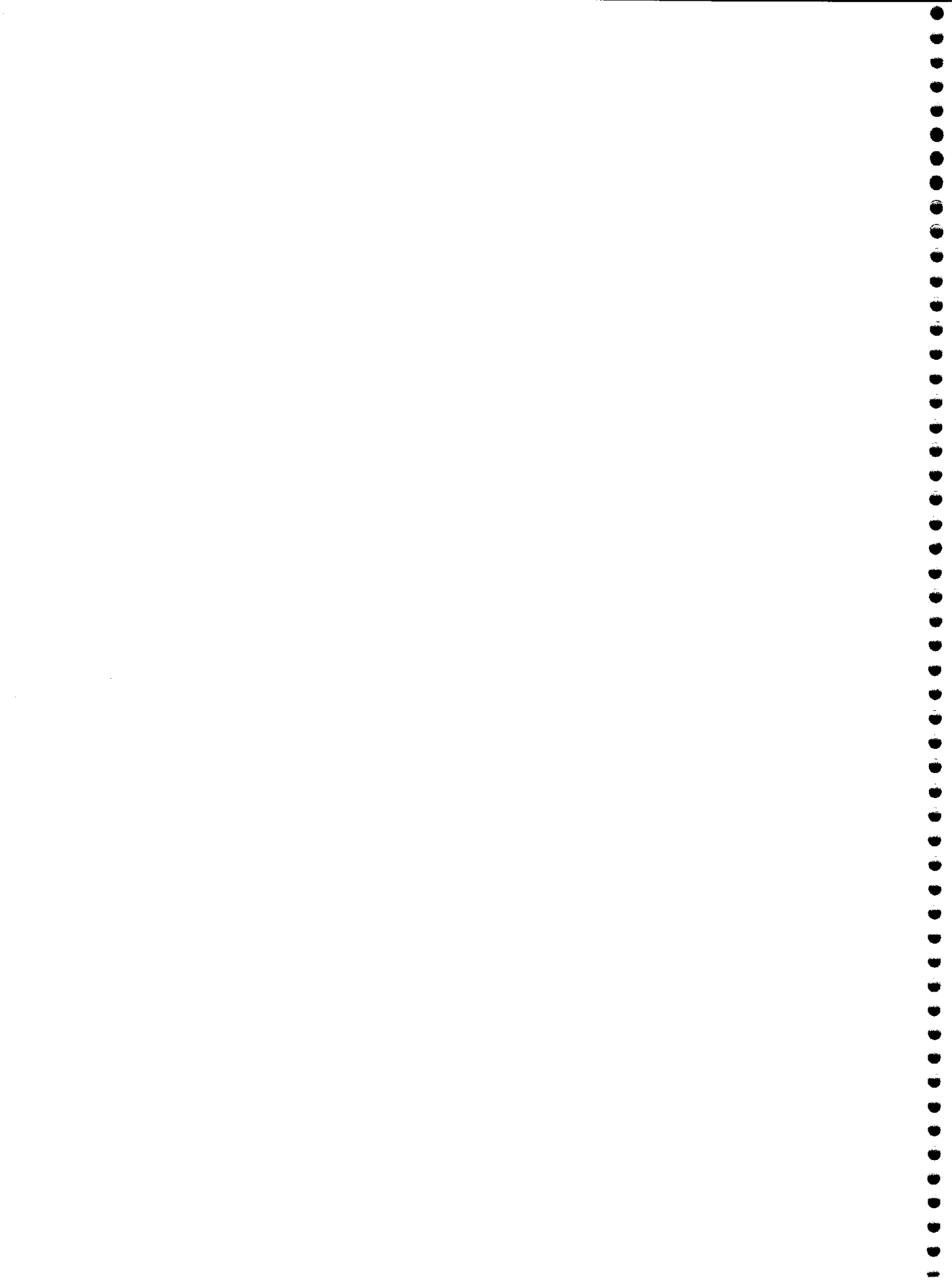
El hecho de fumar base libre de cocaína cristalizada (crack) puede producir rápidamente dependencia y efectos adversos cardiovasculares, neurológicos y psiquiátricos.

El profesional de salud ante los problemas urgentes

PATOLOGIA ORGANICA ASOCIADA AL USO DE DROGAS POR VIA PARENTERAL

Los hábitos de administración parenteral conllevan un alto riesgo de producir cierto tipo de patología (fundamentalmente infecciosa), que con frecuencia genera demandas urgentes de asistencia. Por ello, conviene estar especialmente atentos a valorar signos y síntomas que pueden indicar su presencia:

Pérdida de agudeza visual y/o escotomas.	<i>Deberán ser valorados con urgencia para descartar la existencia de endoftalmitis por cándida.</i>
●	●
Afectación del estado general con presencia de signos y síntomas que sugieren insuficiencia hepática (edemas, ascitis...)	<i>Sospeche y descarte una hepatitis infecciosa o tóxica.</i>
●	●
Cuadro febril de origen desconocido.	<i>Descarte la presencia de: endocarditis infecciosa; osteomielitis o artritis séptica; neumonía; infecciones de partes blandas y/o tromboflebitis séptica.</i>
●	●
Manifestaciones de un cuadro de abdomen agudo.	<i>Conviene descartar que no se trata de síndrome de abstinencia.</i>
●	●
Fiebre, adelgazamiento rápido, diarrea persistente.	<i>Piense en un síndrome de inmunodeficiencia adquirida.</i>



El profesional de salud ante las conductas de riesgo de los consumidores de drogas

Con frecuencia usted atiende a pacientes por patología orgánica asociada al consumo de drogas. Con casi total seguridad los casos más graves y más frecuentes estarán relacionados con el uso de drogas por vía parenteral y más concretamente con la existencia de hábitos inadecuados: compartir material de inyección, usar agua contaminada.....

Son pacientes que acuden esporádicamente y generalmente no demandan tratamiento para su dependencia.

RECUERDE QUE

La dependencia de drogas es un proceso recurrente.

Como parte de la historia natural del mismo, el paciente pasa por distintos estadios evolutivos.

Aunque el abandono del consumo es la mejor decisión, el paciente no siempre puede asumirla.

Hay también otras OPCIONES U OBJETIVOS INTERMEDIOS que usted puede plantear y que ayudarán a sus pacientes a disminuir el riesgo de hepatitis, sida, candidiasis...:

- Integrarse en un PROGRAMA DE MANTENIMIENTO CON METADONA.
- Cambiar la vía de consumo.
ABANDONAR LA VIA PARENTAL
- Utilizar SIEMPRE MATERIAL DE INYECCION ESTERIL (jeringuillas, agujas, agua destilada, etc.).
- Utilizar lejía u otro DESINFECTANTE cuando por razones de urgencia compartan el material de inyección.
- Usar PRESERVATIVOS para prevenir el sida y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Seguir algunos CONSEJOS sobre técnicas de inyección con menos riesgos (desinfectar el sitio de inyección, alternar las inyecciones en lugares diferentes, no bombear la sangre, utilizar limones en buen estado, inyectarse en sentido ascendente, no utilizar siempre la misma aguja y jeringuilla)
- VACUNARSE contra la Hepatitis B y el Tétanos.

El profesional de salud ante las conductas de riesgo de los consumidores de drogas

TODAS ESTAS MEDIDAS AYUDARAN A SUS PACIENTES A MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA. LA SALUD DE AQUELLOS QUE NO PUEDEN TODAVIA DEJAR EL CONSUMO DEPENDE DEL MANTENIMIENTO DE CONDUCTAS HIGIENICAS ADECUADAS.

NO OLVIDE QUE:

- En las visitas de sus pacientes que usan drogas por vía parenteral, usted puede incidir positivamente en la modificación de sus hábitos de riesgo.*
- Aunque el paciente no abandone el consumo hay soluciones para disminuir el riesgo.*
- Invite a sus pacientes a que transmitan estos mensajes a otros consumidores de drogas de su entorno.*

MUCHAS VECES LOS PROFESIONALES DE ATENCION PRIMARIA SON LOS PRIMEROS EN CONTACTAR CON LAS PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS POR VIA PARENTERAL. APROVECHE LA OCASION PARA REALIZAR UNA INTERVENCION DECIDIDA. A VECES NO TENDRA UNA NUEVA OPORTUNIDAD.

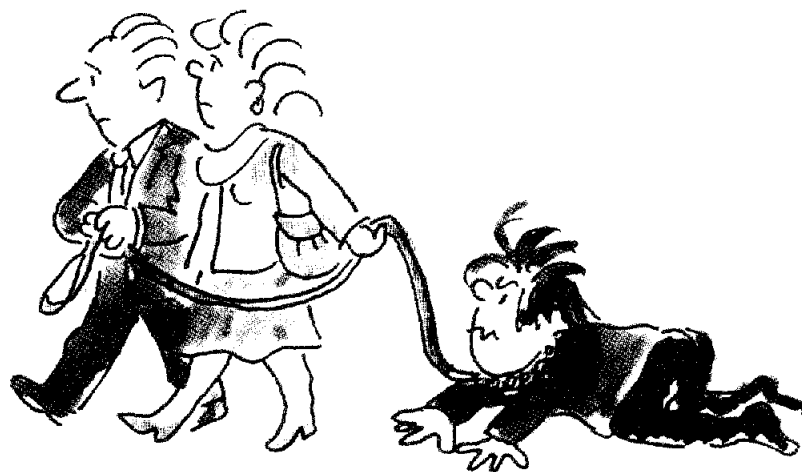
El profesional de salud ante una demanda de atención

Acepte responsabilizarse de un toxicómano, solamente si él mismo le pide ayuda.

Si es la familia quien acude a su consulta, ayudarla supone:

- Ante todo ESCUCHAR.
- Ayudar a disminuir su angustia.
- Restarle importancia a las cosas que no la tienen realmente.
- Evitar sentimientos de culpa. Buscar los medios para restablecer las relaciones familiares y modificar actitudes inadecuadas (demasiado permisivas, demasiado rígidas).
- Desaconsejar la adopción de medidas coactivas o de control que el joven toxicómano pueda vivenciar como rechazos (llamadas a la policía, expulsiones de casa o del colegio...).

LOS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EL NIVEL PRIMARIO, POR SU CERCANIA AL MEDIO SON LOS MAS INDICADOS PARA APORTAR ESTA PRIMERA AYUDA.



El profesional de salud ante una demanda de atención

Evalúe la situación teniendo en cuenta:

- La continuidad en el uso de las sustancias y su naturaleza.
- La integración del joven en su grupo familiar, escolar, etc.
- Los posibles problemas de conducta.

Cuando los padres, educadores u otras personas le pidan consejo respecto a un joven fumador de *hachís*.

ESCUCHE. DESDRAMATICE. INFORME.

INDIQUE:

- La toxicidad real del hachís y el hecho de que no implica una dependencia física.
- La importancia justa del hachís como moda y forma de transgresión juvenil.
- La necesidad de mantener o restablecer el diálogo.
- Que normalmente no es necesario ni aconsejable que los padres lleven regularmente a su hijo a la consulta por estas razones.
- Que en alguna ocasión puede tratarse de la manifestación de problemas más serios que pueden justificar la consulta con un especialista de salud mental.

Evalúe la importancia de la toxicomanía y la relevancia de las posibles manifestaciones asociadas con su gravedad: fracaso o rechazo escolar, malas relaciones con la familia, problemas de conducta. Actúe de acuerdo con los resultados de su evaluación, pero:

- **NUNCA SUBESTIME LA TOXICIDAD DE NINGUN PRODUCTO**
- **INFORME SIEMPRE DE SUS EFECTOS Y CONSECUENCIAS A SUS PACIENTES**

El médico ante una solicitud de desintoxicación

RECUERDE:

No existe un único esquema terapéutico para realizar una desintoxicación.

SEA PRECAVIDO ANTE:

La petición de desintoxicación por parte de un paciente que, aunque abuse de ciertas sustancias, no es dependiente.

La posibilidad de provocar una dependencia yatrógena en una persona que aunque ya ha probado la heroína y/o cocaína, todavía no es dependiente de estas sustancias.

Un toxicómano hace una petición de desintoxicación, que a Vd. le parece seria.

Se trata de una petición que si Vd. acepta le va a exigir TIEMPO y DISPONIBILIDAD.

El prototipo es una demanda de desintoxicación de opiáceos.

La desintoxicación de drogas que no crean dependencia física no tiene sentido.

Una desintoxicación física decidida en el transcurso de una sola entrevista tiene pocas posibilidades de éxito.

EVALÚE la petición, el compromiso del toxicómano con su resolución y sus proyectos de futuro.

Averigüe los MOTIVOS que han llevado al toxicómano a la consulta. El pronóstico va a estar directamente relacionado con su grado de motivación y de compromiso con el programa de desintoxicación.

NO SE COMPROMETA PRECIPITADAMENTE.

El médico ante una solicitud de desintoxicación

CRITERIOS QUE HAN DE ORIENTAR UNA DESINTOXICACION

No existe un único esquema terapéutico; debe adaptarse a las peculiaridades de cada paciente.

Cuando no existe un adecuado apoyo familiar, o existe historia toxicológica complicada, patología orgánica y/o psíquica grave o intentos repetidos de desintoxicación ambulatoria, debe recomendarse la DESINTOXICACION HOSPITALARIA.

DESINTOXICACION DOMICILIARIA DE OPIACEOS

Dura aproximadamente 10 días.

No se aconseja visitas y salidas sin acompañante.

No deben administrarse fármacos por vía parenteral.

No existe un único esquema terapéutico; debe adaptarse a las peculiaridades de cada paciente.

Exige un grado de compromiso importante por parte de la familia; esto incluye controlar la medicación y sobre todo el consumo de ciertas sustancias, acompañarle en sus salidas y también cuando recibe visitas.

Es conveniente la supervisión por un profesional de enfermería, mediante visitas domiciliarias.

Si lo necesita, solicite apoyo al equipo especializado (ver ficha nº10).

El hacerse cargo de un tratamiento de desintoxicación implica trabajar en equipo.

El profesional de enfermería es, en muchas ocasiones, el primer contacto del paciente con los servicios de salud; de él puede depender que el paciente adopte de entrada una posición más abierta y colaboradora.

El médico ante una solicitud de desintoxicación

PAUTAS FARMACOLOGICAS ORIENTATIVAS

DESINTOXICACION DE OPIACEOS

MODELO A:

a) Hipnosedantes:

- Clorazepato Dipotásico (50-100 mg/día; cada 6-8 horas), o
- Diazepan (15-30 mg/día; cada 6-8 horas),o
- Clordiazepóxido (15-30 mg/día; cada 6-8 horas).

Puesto que el insomnio es un síntoma presente desde el inicio de la privación pueden utilizarse algunos de los hipnóticos más corrientes (Triazolam, Ketazolam, Lormetazepan, Temazepam, etc.).

En caso de mayor agitación psicomotriz, se pueden utilizar neurolépticos como:

- Levomepromacina (50-100 mg/día).
- Clotiapina (80-160 mg/día).

b) Analgésicos:

Se pueden emplear los más comunes en la práctica cotidiana (metamizol, ácido acetilsalicílico, paracetamol, etc.) a las dosis habituales.

Se recomendará al paciente la ingesta de abundantes líquidos (infusiones, zumos, agua), hidroterapia y moderado ejercicio físico.

Las dosis han de ser PROGRESIVAMENTE DECRECIENTES, con el fin de que el paciente quede abstinentes al término del período de desintoxicación.

MODELO B: CLONIDINA

El empleo de clonidina, aunque perfectamente abordable por el médico general, exige un estricto control sobre el paciente para prevenir los posibles efectos secundarios (especialmente la hipotensión, que es el más frecuente). El esquema terapéutico en un paciente normotenso (o con una hipertensión sintomática de abstinencia), con un peso de alrededor de 60 kg., es el siguiente:

El médico ante una solicitud de desintoxicación

Tras una abstinencia de al menos 6-7 horas para la heroína y de alrededor de 24 horas para la metadona, se administrará una primera toma de 0,075 mg. de clonidina, y la segunda toma de 0,150 mg., a las 4-5 horas. Después el fármaco se administrará cada 7-8 horas de acuerdo con la siguiente pauta:

1º día:	0,075 mg.	0,150 mg.	0,225 mg.
2º día:	0,225 mg.	0,225 mg.	0,225 mg.
3º día:	0,225 mg.	0,150 mg.	0,225 mg.
4º día:	0,150 mg.	0,150 mg.	0,225 mg.
5º día:	0,150 mg.	0,150 mg.	0,150 mg.
6º día:	0,150 mg.	0,075 mg.	0,150 mg.
7º día:	0,075 mg.	0,075 mg.	0,150 mg.
8º día:	0,075 mg.	0,075 mg.	0,075 mg.
9º día:	0,075 mg.	0,000 mg.	0,075 mg.
10º día:	0,000 mg.	0,000 mg.	0,075 mg.

En el cálculo de las dosis iniciales debe tenerse en cuenta el peso del paciente y su historia toxicológica.

Habitualmente, a partir del tercer día se van reduciendo progresivamente las dosis, retirando primero la del medio día, luego la de la mañana y por último la de la noche.

Es preciso el control frecuente de la T.A. y del pulso.

En caso de ansiedad o insomnio importante puede asociarse una benzodiazepina. Antes de proceder al empleo de la clonidina conviene recordar que es necesario:

1. Conocer adecuadamente las propiedades de las sustancias.
2. Realizar una exploración clínica completa, con especial atención en el aparato cardiovascular, (presión arterial, electrocardiograma).
3. Excluir del tratamiento a los pacientes que presenten hipotensión, arritmias, insuficiencia renal, feocromocitoma o antecedentes depresivos.
4. Control diario a cargo del profesional de enfermería del estado general del paciente, con especial atención a la presión arterial.
5. Exigir que un familiar se responsabilice de la administración de la medicación de acuerdo con la pauta indicada y tratar de que el paciente no conozca la naturaleza de las sustancias administradas.

Ante pacientes con problemas orgánicos graves, intolerancia a los fármacos citados o dificultades para el correcto cumplimiento de las pautas anteriormente expresadas, disponga su derivación a un centro específico.

NO UTILICE NUNCA LA VIA PARENTERAL

El médico ante una solicitud de desintoxicación

Tanto el tratamiento de desintoxicación como el alivio de los síntomas de abstinencia, pueden ser llevados a cabo por el personal de atención primaria de salud, aunque el asesoramiento de personal especializado puede facilitar su actuación.

En los casos en que concurren circunstancias que complican el abordaje (presencia de mal estado general, imposibilidad de la familia para responsabilizarse del paciente, fracaso repetido en los tratamientos previos, etc.) , derive a los pacientes hacia un centro ambulatorio especializado (consulte los teléfonos de referencia en ficha nº10).

Para llevarlo a cabo, conviene tener en cuenta algunas indicaciones que facilitarán el éxito:

- Responsabilice a un familiar o persona cercana al paciente de la administración de los medicamentos y, si no es posible, entregue únicamente las dosis de 24 horas.
 - El lugar ideal es, generalmente, el domicilio de los padres o de un grupo de amigos o parientes que no sean toxicómanos.
 - La desintoxicación supone un alejamiento de los círculos habituales de vida y de suministro.
 - Es necesario individualizar la dosis de cada fármaco en relación con la intensidad de la abstinencia.
 - No es conveniente que el paciente conozca ni el medicamento ni las dosis utilizadas.
 - Indique que la desintoxicación deberá ser total; el paciente quedará libre de drogas al final de este período.
 - Debe existir un acuerdo entre:
 - paciente
 - familiares o amigos que se responsabilizan,
 - personal de salud.
 - Los síntomas más acusados de abstinencia se presentan entre el 2º y 3º día. Por ello en este momento las dosis administradas y la disponibilidad de tiempo deberán ser máximas.
 - Paralelamente se concertará el lugar y procedimiento de deshabitación: centro especializado o no, comunidad terapéutica, régimen ambulatorio, etc.
 - Es recomendable que el paciente y/o la familia reciba apoyo psicoterapéutico.
- Aunque el período de desintoxicación haya concluido.
- Aunque su paciente se encuentre en período de deshabitación en un centro ambulatorio específico:

NO PIERDA EL CONTACTO CON SU PACIENTE

El médico ante una solicitud de desintoxicación

Concluida la desintoxicación, la NALTREXONA es una alternativa para facilitar el mantenimiento de la abstinencia en algunos toxicómanos. Consulte con el equipo especializado.

La desintoxicación no es la única alternativa. El R. D. 75/1990 posibilita el mantenimiento con opiáceos de aquellas personas dependientes de los mismos. Los tratamientos de mantenimiento con METADONA proporcionan al paciente que no puede todavía abandonar el consumo una oportunidad de mejorar su calidad de vida:

- Reduciendo el riesgo de complicaciones asociadas al uso de la vía parenteral.

- Proporcionando al paciente y su familia apoyo psicoterapéutico continuado.
- Facilitando el tratamiento y control de cualquier patología orgánica.
- Permitiendo la integración social del paciente.

Generalmente el tratamiento de elección de una mujer embarazada que consuma heroína es el mantenimiento con METADONA; disminuye el sufrimiento fetal y asegura el contacto con profesionales sanitarios, garantizando una mejor nutrición, menores riesgos infecciosos por autoadministración y mejor preparación para el parto.

DESINTOXICACION DE COCAINA

Cada vez son más los pacientes que acuden a los Servicios de Salud por problemas producidos por el abuso de cocaína.

La desintoxicación de estos pacientes implica un apoyo psicoterapéutico especializado, además de un tratamiento farmacológico.

Actualmente se utilizan pautas de tratamiento con agonistas dopaminérgicos (bromocriptina, amantadina) y antidepresivos tricíclicos (desipramina, imipramina). No se recomienda el uso de benzodiazepinas de acción corta y ultracorta por su elevada capacidad adictiva.

CONSULTE CON LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS

EN CASO DE RECAIDA

Considere que la dependencia de drogas evoluciona como un proceso recurrente. Quizás su paciente sea candidato a otro tipo de tratamiento. Consulte con el equipo especializado.

LA DESINTOXICACION ES SOLO UN ESLABON EN UNA CADENA QUE COMPRENDE TAMBIEN LA DESHABITUACION Y LA REHABILITACION.

Criterios básicos para responsabilizarse de un toxicómano

El primer principio es el de la voluntariedad: no se puede comenzar un tratamiento contra la voluntad del toxicómano.

Esclarezca en qué consiste exactamente la demanda que le plantea su paciente.

No se cree falsas expectativas si no es él mismo quien solicita esa ayuda.

Ofrezca siempre su colaboración para futuros proyectos terapéuticos.

Aunque no esté en su mano solucionarlo, no olvide la complejidad del problema y procure tener en cuenta los aspectos psicológicos, somáticos, sociales, laborales, jurídicos, etc.

Tenga presente:

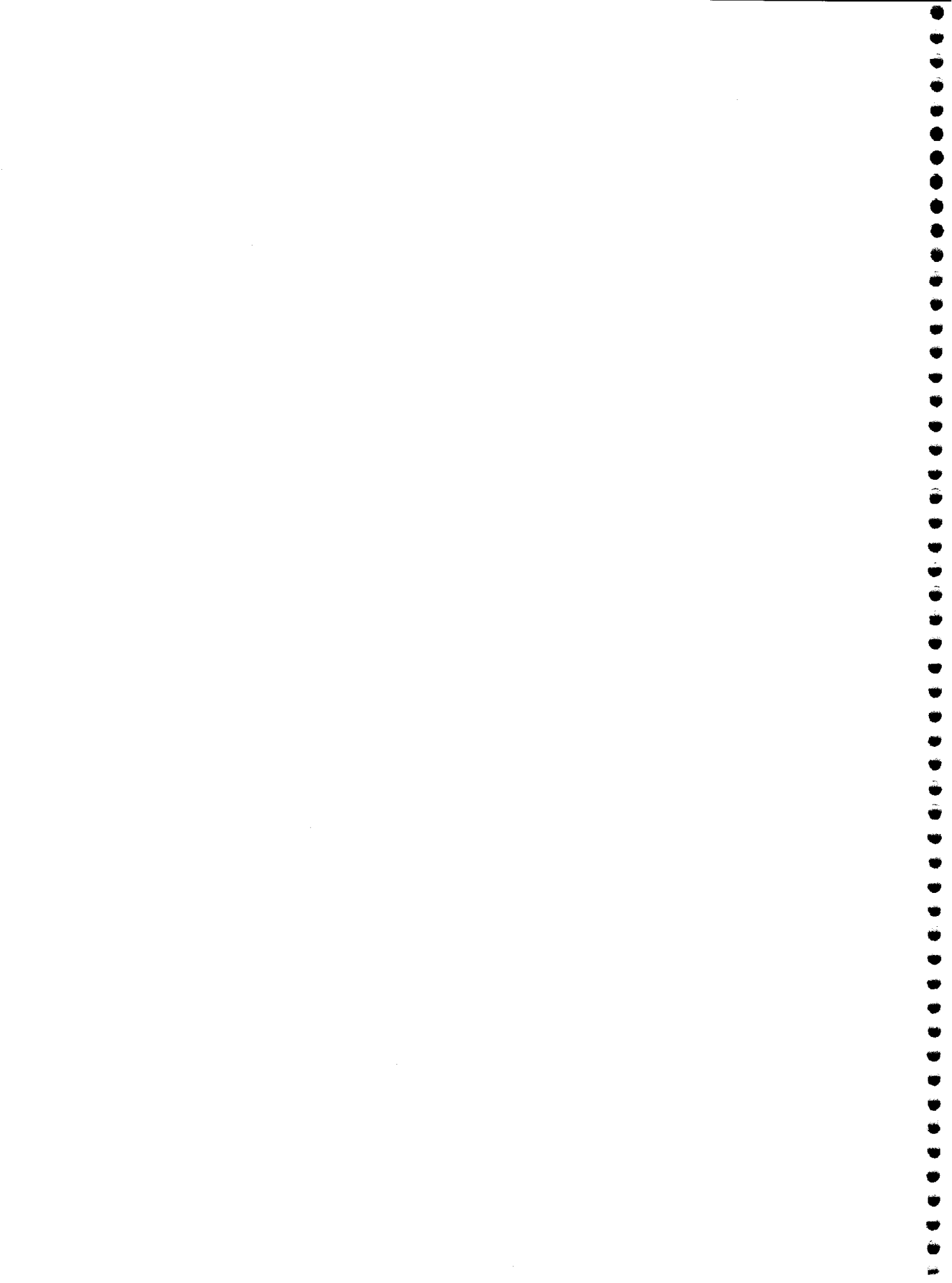
Los objetivos terapéuticos finales a los que debe tenderse:

- la abstinencia total
- la integración social.

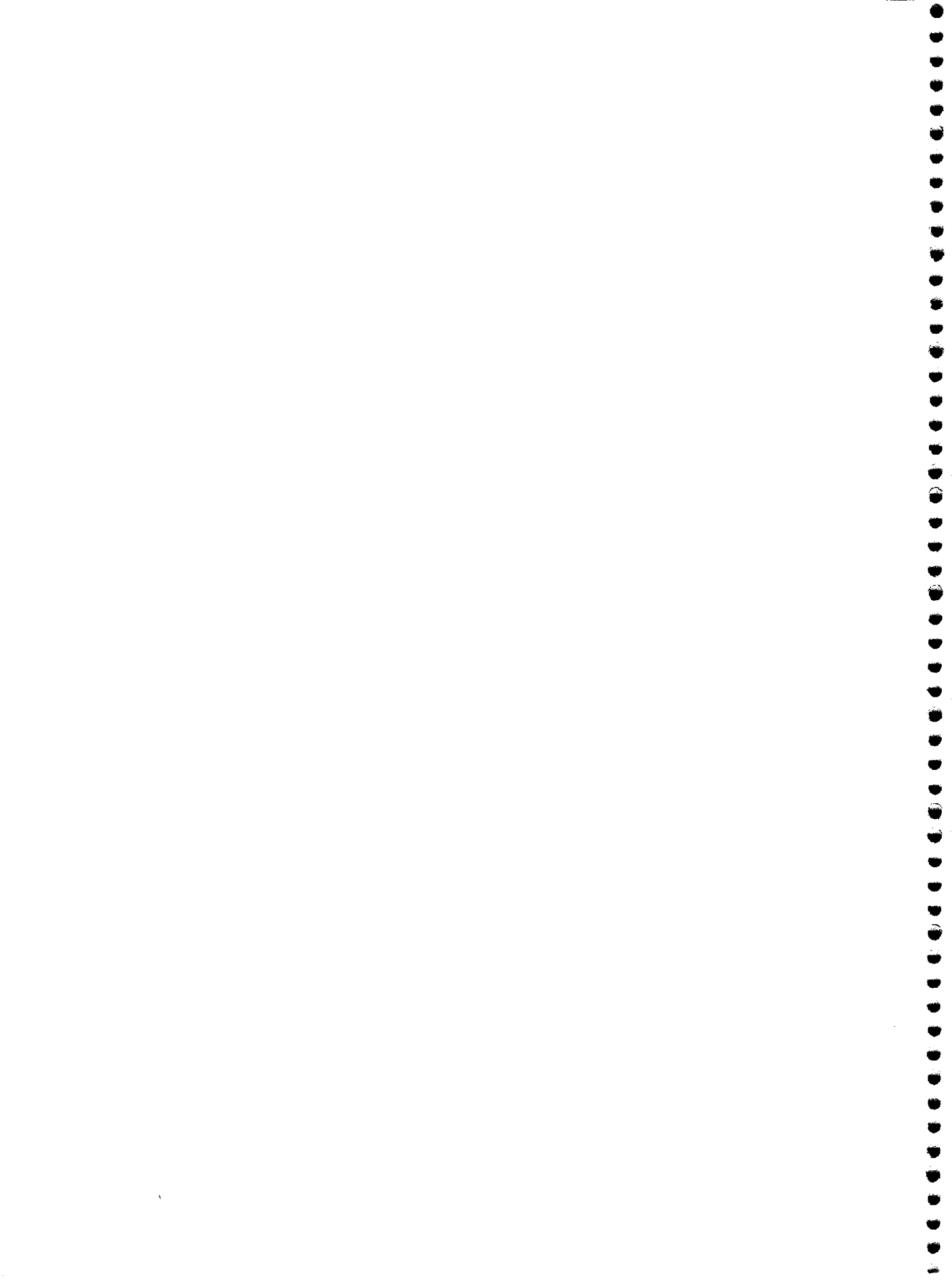
Y no olvide que:

Existen objetivos intermedios muy importantes para mejorar la salud y el bienestar del toxicómano:

- alcanzar períodos de abstinencia lo más prolongados posibles.
- modificar las conductas de riesgo asociadas al consumo.
- integrarse en un programa de Mantenimiento con Metadona.
- vacunarse contra la hepatitis B y el tétanos.



FICHAS FARMACOLOGICAS



GLOSARIO

ANFETAMINAS

BARBITURICOS

BENZODIAZEPINAS

CANNABIS

COCAINA

OPIACEOS

PRINCIPALES INTERACCIONES ENTRE PSICOFARMACOS

OTRAS SUSTANCIAS SUSCEPTIBLES DE ABUSO

DIRECCIONES UTILES



DSM III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Abuso de sustancias

Criterios diagnósticos

- Patrón patológico de uso.
- Deterioro de la actividad social o laboral debido al uso de la sustancia tóxica.
- Duración mínima del trastorno de por lo menos un mes.

Dependencia de sustancias

Es una forma generalmente más grave que el abuso de sustancias.

Criterios diagnósticos

- Presencia de tolerancia o abstinencia.
- Para alcohol o cannabis se requiere también:
 - patrón patológico de uso, o
 - deterioro de la actividad social o laboral debido al uso de la sustancia tóxica.

Tolerancia

Necesidad de aumentar de forma notable la cantidad de sustancia para conseguir los efectos deseados, o notable disminución de los efectos al utilizar de forma regular las mismas dosis.

Tolerancia cruzada

Fenómeno por el que la toma de una droga origina la aparición de tolerancia, no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo o a veces de otro grupo farmacológico.

Síndrome de abstinencia

Síndrome específico para cada sustancia tóxica, que aparece cuando se suspende o reduce su ingesta tras un consumo previo regular que provoca la inducción de un estado fisiológico de intoxicación.

Patrón patológico de uso

Según la clase de sustancia tóxica, ésta puede manifestarse por: intoxicación a lo largo de todo el día, incapacidad para reducir o abandonar su uso, esfuerzos repetidos para controlar su uso a través de períodos de abstinencia temporal o restricción del uso durante algunos momentos en un mismo día, mantenimiento de la ingesta de la sustancia a pesar de que el sujeto sabe que le exacerba sus graves trastornos físicos, necesidad del uso diario de la sustancia tóxica para la actividad normal, y episodios de complicaciones debidos a la intoxicación de la sustancia (por ejemplo, amnesias alcohólicas, sobredosisificación por opiáceos).

Deterioro de la actividad laboral o social debido al patrón patológico de uso de la sustancia

- Las relaciones sociales pueden alterarse porque el sujeto no cumpla sus obligaciones con sus amigos y familiares, por conductas excéntricas e impulsivas y por la expresión inadecuada de los sentimientos agresivos. El sujeto puede tener dificultades legales a causa del estado de intoxicación o por delitos que pueda cometer con el fin de obtener dinero para la adquisición de la sustancia.
- La actividad laboral se valorará como deteriorada si el individuo falta al trabajo o a la escuela, o bien si a causa del estado de intoxicación es incapaz de mantener una actividad efectiva.
- Con frecuencia, los individuos que desarrollan un trastorno por uso de sustancias tóxicas, presentan trastornos de personalidad premórbidos y trastornos afectivos.

Acción farmacológica

Es la producida por toda sustancia química capaz de interactuar con un organismo vivo.

Indicación terapéutica

Aplicación en aquellas situaciones en las que el fármaco ha demostrado su eficacia clínica.

Disponibilidad

Situación que posibilita la obtención (legal) del fármaco y que se regula por las normativas para la dispensación y utilización de las distintas sustancias.

La disponibilidad en un sentido más amplio, sobre todo en el caso de las drogas de consumo ilegal, contempla también la cantidad de droga existente en el mercado clandestino.



ANFETAMINAS

Acción farmacológica

Estimulantes del sistema nervioso central.

Indicación terapéutica

En la actualidad, su prescripción no está justificada, salvo en casos muy limitados, en los cuales el tratamiento corresponde al especialista (narcolepsia, hiperactividad infantil, obesidad exógena).

Vía de administración

Terapéutica: oral (comprimidos y cápsulas).
No terapéutica: oral, inyectable-parenteral.

Dependencia física

Puede darse (no todos los autores la aceptan como tal). Cuando se utiliza en forma parenteral (administración no terapéutica), se produce rápidamente.

Dependencia psíquica

Sí.

Tolerancia


Puede producirse en un período de tratamiento continuado de seis semanas a tres meses.

Síndrome de abstinencia

Sí. Se manifiesta por estado de ánimo depresivo, fatigabilidad y trastornos del sueño.

Disponibilidad

Se encuentran sujetas a la legislación de psicotropos y la mayoría están incluidas en la Lista II y IV del Convenio de Viena, de 1971.

Su símbolo en el envase de las especialidades farmacéuticas es 

La dispensación es con receta médica.

El empleo no terapéutico por vía oral se realiza frecuentemente, con el fin de aumentar el rendimiento físico e intelectual. Frecuentemente se consume en asociación con otras drogas.

Denominaciones vulgares

Anfetas, *bennies*, *speed*.

Intoxicación aguda

Se caracteriza por la exacerbación de los efectos estimulantes centrales, hasta llegar a crisis psicológicas paranoides, estados de pánico, alucinaciones. Aparecen efectos adrenérgicos, con palpitaciones, taquicardia, sudoración, hipertermia e incluso pérdida de conciencia y muerte.

Tratamiento

Fundamentalmente sintomático.

Procurar en todo momento un ambiente tranquilo y relajado, administrando neurolépticos en caso necesario. Si han transcurrido menos de dos horas: lavado gástrico y provocación del vómito, seguidos de carbón activado y diuresis inducida con manitol o furosemida para facilitar la eliminación.

Intoxicación crónica

Consiste en la aparición de farmacodependencia con tendencia al desarrollo de cuadros psicóticos.

Especialidades farmacéuticas**Anfepramona** Ⓞ

- * Delgamer 75 mg. 12 comprimidos.
- * Delgamer 75 mg. 30 comprimidos.

Anfetamina Ⓞ

- * Centramina 10 mg. 10 comprimidos.
- * Centramina 10 mg. 20 comprimidos.
- *** Nasal 10 ml. instilación.

Benfluorex ○

- * Modulator 150 mg. 60 grageas.

Clobenzorex Ⓞ

- * Finedal 30 mg. 30 cápsulas.

Dexanfetamina ●

- * Dexedrina Spansule 10 mg. 12 cápsulas.
- * Dexedrina Spansule 15 mg. 24 cápsulas.

Fenfluramina ○

- * Ponderal 20 mg 25 comprimidos.
- * Ponderal Retard 60 mg. 30 grageas.

Fenproporex ●

- * Antiobes Retard 20 mg. 30 comprimidos.
- * Dical 10 mg. 20 grageas.
- * Falagan 25 mg. 20 comprimidos.
- * Grasmín 10 mg. 30 comprimidos.
- * Tegisec 11,2 mg. (10 mg.) 30 comprimidos.

Se incluyen otras sustancias estimulantes.
Se incluyen algunas especialidades no controladas cuyo símbolo no es ●

- * Un solo principio activo
- ** Dos principios activos
- *** Más de dos principios activos

BARBITURICOS

Acción farmacológica

Depresor del sistema nervioso central.

Indicación terapéutica

En la actualidad no está justificada su prescripción, excepto en epilepsia, debido a que poseen un margen de seguridad estrecho y el riesgo de crear dependencia es elevado, existiendo otros fármacos de eficacia clínica similar y mayor inocuidad.

Vía de administración

Terapéutica: oral (cápsulas, comprimidos, solución, grageas), rectal e inyectable.
No terapéutica: oral, inyectable-parenteral, inhalada

Dependencia física

Sí.

Dependencia psíquica

Sí.


Tolerancia

Se produce rápidamente.
Existe tolerancia cruzada entre los barbitúricos y el alcohol y entre ellos mismos.

Síndrome de abstinencia

Sí. Similar al síndrome de abstinencia alcohólico (náuseas, vómitos, malestar o insomnio, ansiedad y otros síntomas de hiperactividad simpática).

Disponibilidad

Se encuentran sujetos a la legislación de psicotropos y la mayoría están incluidos en las Listas III y IV del Convenio de Viena de 1971.
Su símbolo en el envase de las especialidades farmacéuticas es 
La dispensación es con receta médica.

Denominaciones vulgares

Barbs, caramelos, goofballs, peanuts.

Intoxicación aguda

Se produce en intentos de suicidio, de manera accidental o en sujetos politoxicómanos.
Los síntomas más característicos son: dificultad para mantener la actividad mental, trastornos emocionales y afectivos, asociándose en algunos casos a problemas neurológicos.
La gravedad de la intoxicación se determina por la intensidad de la depresión central, que puede llegar al coma, depresión respiratoria intensa e incluso a la muerte.

Tratamiento

Fundamentalmente sintomático.
Intubación traqueal o ventilación boca a boca (en pacientes con depresión respiratoria). Lavado gástrico, seguido de carbón activado y permanencia del enfermo en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el tiempo necesario, dependiendo de la vida media del fármaco ingerido.
Se recomienda la alcalinización de la orina.
En situaciones extremas, la hemodiálisis acelera la eliminación de los barbitúricos.

Intoxicación crónica

Se produce por la administración continuada de dosis terapéuticas.
Se caracteriza por los siguientes síntomas: deterioro de la capacidad mental (confusión, aumento de la inestabilidad emocional), trastornos neurológicos (vértigo, polineuritis, alteración del equilibrio), accidentes cutáneos-mucosos (erupciones polimorfas). Estas manifestaciones clínicas son similares a las del alcoholismo.

Especialidades farmacéuticas

Alobarbital ●

*** Analgisol 30 mg. 10 comprimidos.

Amobarbital ●

* Isoamital sedante 200 mg. 10 comprimidos.
* Isoamital sedante 20 comprimidos 200 mg.

Bralobarbital-Secobarbital ●

*** Somatarax 250 mg. - 750 mg. 10 comprimidos.

Butalhitel ●

*** Cafergot PB 100 mg. supositorios.

Febarbamato ○

* G-Tril 100 mg. 20 comprimidos

Fenobarbitel ●

* Acido Fenil Etil Barbitúrico 0,15 g. 50 supositorios.
* Acido Fenil Etil Barbitúrico 0,15 g. 2 supositorios.
* Acido Fenil Etil Barbitúrico 0,1 g. 2 comprimidos.
* Acido Fenil Etil Barbitúrico 0,1 g. 100 comprimidos.
* Acido Fenil Etil Barbitúrico 0,05 g. 2 supositorios.
* Acido Fenil Etil Barbitúrico 0,05 g. 50 supositorios.
*** Angiosedante 30 mg. 6 supositorios.
*** Asminsedante 45 mg. 30 grageas.
* Belladenal 0,05 g. 20 comprimidos.
*** Bellerгал 0,02 g. 25 grageas.
*** Brondilat 0,02 g. 10 supositorios adultos.
** Comicianol 100 mg. 48 comprimidos.
*** Comital L 50 comprimidos.
*** Disfil 50 comprimidos.
*** Distovagal NF 20 mg. 20 grageas.
*** Distovagal NF 20 mg. 50 grageas.
** Epanutin fenobarbitona 50 mg. 50 cápsulas.
** Epilantin 50 mg. 20 comprimidos.
** Epilantin 50 mg. 100 comprimidos.

*** Equidan 25 mg. 20 comprimidos.
*** Gaboril complex 50 mg. 20 comprimidos.
*** Gaboril complex 50 mg. 50 comprimidos.
* Gardenal 50 mg. 30 comprimidos.
* Gratusminal NF 15 ml. sol. 126 mg. gotas.
* Luminal 0,20 g. 1 ml. 10 ampollas.
* Luminal 0,1 g. 50 comprimidos.
* Luminaletas 15 mg. 30 comprimidos.
** Navarrofilina 50 mg. 12 supositorios.
** Novatropina compuesta ADS 20 ml. sol. gotas.
** Novo-Comicianol 100 mg. 48 comprimidos.
** Oasil relax NF 50 mg. 20 comprimidos.
*** Redutona 30 mg. 50 comprimidos.
** Sinergina S 30 mg. 100 comprimidos.
** Solufilina sedante 30 mg. 10 supositorios adultos.
** Solufilina sedante 16 mg. 10 supositorios infantil.
** Solufilina sedante 8 mg. 10 supositorios lactantes.
** Solufilina sedante 10 mg. 30 grageas.
*** Tedral NF 8 mg. 24 tabletas.
*** Tedral AS 25 mg. 30 tabletas.
*** Trinuride 15 mg. 30 comprimidos.
*** Trinuride 15 mg. 100 comprimidos.
*** Winasma 8 mg. 20 comprimidos.

Metilfenobarbitel ●

*** Comital 0,35 g. 50 comprimidos.
* Prominal 200 mg. 10 tabletas.

Tiopental ○

* Pentothal sódico vial 0,5 g.
* Pentothal sódico vial 1 g.
* Tiobarbitel Miró inyectable 0,5 g. 1 vial.
* Tiobarbitel Miró inyectable 1 g. 1 vial.
* Tiobarbitel Miró inyectable 2,5 g. 5 viales.
* Tiobarbitel Miró inyectable 5 g. 5 viales.

Se incluyen algunas especialidades no controladas cuyo símbolo no es ●

* Un solo principio activo
** Dos principios activos
*** Más de dos principios activos

BENZODIAZEPINAS

Acción farmacológica

Depresores del sistema nervioso central.

Indicación terapéutica

Ansiedad e insomnio: proporcionan un efecto ansiolítico o un efecto hipnótico, dependiendo de la dosis administrada. Para su uso como inductores del sueño se prefieren las modernas benzodiazepinas de vida media más corta, mientras que para el tratamiento de la ansiedad se recomiendan las de vida media más prolongada.

La prescripción debe ser transitoria, investigándose la causa subyacente.

Algunas formas de epilepsia tales como convulsiones generalizadas (clonazepam) y *status epilepticus* (diazepam intravenoso).

Manifestaciones agudas del síndrome de abstinencia alcohólico (diazepam intravenoso).

Espasticidad muscular, cuando el espasmo muscular resulte intenso y con elevada repercusión funcional.

Vía de administración

Terapéutica: oral (comprimidos, cápsulas, tabletas, grageas, sobres, solución) rectal e inyectable.

No terapéutica: oral, inyectable-parenteral.

Dependencia física

Si. Se produce a altas dosis en períodos prolongados. Se instaura más rápidamente en las de vida media más corta.

Dependencia psíquica

Si.

Tolerancia

Se manifiesta en la necesidad de aumentar las dosis para inducir al sueño o mantener una mejoría sintomática.

Su aparición es variable. Este fenómeno es una de las principales razones para limitar el tiempo de utilización de estos compuestos.

Existe tolerancia cruzada con alcohol y otros depresores del sistema nervioso central.

Síndrome de abstinencia

Si. Similar al de barbitúricos y alcohol.

Disponibilidad

Se encuentran sujetas a la legislación de psicotropos y están incluidas en la Lista IV del Convenio de Viena de 1971.

Su símbolo en el envase de las especialidades farmacéuticas es ◐

La dispensación es con receta médica.

Se ha comprobado que en España las benzodiazepinas son utilizadas más por mujeres que por hombres, y especialmente, por la población de mayor edad.

Es bien conocida la utilización del flunitrazepam y otros compuestos por los heroinómanos para paliar el síndrome de abstinencia.

Denominaciones vulgares

Downs, trans.

Intoxicación aguda

Las benzodiazepinas en sobredosisación son raramente letales, pero pueden ser peligrosas cuando se utilizan con alcohol o con otros depresores del sistema nervioso central, al potenciar sus efectos.

Sus síntomas son: somnolencia, estupor y relajación muscular marcada. Por vía intravenosa rápida pueden desencadenar hipotensión y depresión respiratoria, pero su capacidad letal sigue siendo pequeña.

Tratamiento

Sintomático: si no tiene riesgo de convulsiones o pérdida de conocimiento, se recomienda lavado gástrico o solución salina (tan pronto como sea posible). En pacientes en estado de coma se deberán tomar precauciones para que no haya aspiración de vómitos.

Corregir la deshidratación.

La hemodiálisis no es recomendable.

Antagonista: Flumazenil (DCI), fármaco recientemente autorizado en España (marzo 1988), de uso hospitalario; es eficaz en intoxicación por benzodiazepinas para revertir el coma.

Intoxicación crónica

Se produce a altas dosis en períodos prolongados.

Los síntomas son: visión borrosa, disminución del impulso sexual, ictericia, disminución de la presión arterial, temblores, alteraciones psicomotoras.

Especialidades farmacéuticas

Alprazolam ●

- * Trankimazin 0,25 mg. 30 comprimidos.
- * Trankimazin 0,5 mg. 30 comprimidos.
- * Trankimazin 1 mg. 30 comprimidos.
- * Trankimazin 2 mg. 30 comprimidos.
- * Trankimazin 2 mg. 50 comprimidos.

Benzazepam ○

- * Tiadipona 25 mg. 30 grageas.

Bromazepam ●

- * Lexatin 1,5 mg. 30 cápsulas.
- * Lexatin 3 mg. 30 cápsulas.
- * Lexatin 6 mg. 20 cápsulas.

Brotizolam ○

- * Sintonal 0,25 mg. 20 comprimidos.

Camazepam ●

- * Albego 10 mg. 30 grageas.
- * Albego 20 mg. 20 grageas.

Clobazam ●

- * Clarmyl 10 mg. 20 comprimidos.
- * Clarmyl 20 mg. 20 comprimidos.
- * Clopax 10 mg. 20 cápsulas.
- * Noiafren 10 mg. 20 tabletas.
- * Noiafren 20 mg. 20 comprimidos.

Clonazepam ●

- * Rivotril 0,5 mg. 60 comprimidos.
- * Rivotril 1 mg. 1 amp. 1 ml.
- * Rivotril 2 mg. 60 comprimidos.
- * Rivotril 2,5 mg. 10 ml. sol. gotas.

Clorazepato dipotásico ●

- *** Dorken "5" 5 mg. 20 comprimidos.
- *** Dorken "5" 5 mg. 50 comprimidos.
- *** Dorken "10" 10 mg. 20 comprimidos.
- *** Dorken "10" 10 mg. 50 comprimidos.
- *** Dorken "25" 25 mg. 20 comprimidos.
- *** Dorken "25" 25 mg. 50 comprimidos.
- * Nansius 5 mg. 30 cápsulas.
- * Nansius 10 mg. 30 cápsulas.
- * Tranxilium 5 mg. 30 cápsulas.
- * Tranxilium 10 mg. 30 cápsulas.
- * Tranxilium 15 mg. 20 cápsulas.
- * Tranxilium 20 mg. 1 inyectable.
- * Tranxilium 50 mg. 20 comprimidos.
- * Tranxilium 50 mg. 1 inyectable.
- * Tranxilium 100 mg. 1 inyectable.
- * Tranxilium pediátrico 2,5 mg. 20 bolsas.

Clordiazepóxido ●

- * Clordiazepóxido Estersa 10 mg. 20 comprimidos.
- ** Diazepoxin 5 mg. 20 cápsulas.
- * Huberplex 5 mg. 30 comprimidos.
- * Huberplex 10 mg. 30 comprimidos.
- * Huberplex 25 mg. 30 comprimidos.
- ** Librax 5 mg. 30 grageas.
- * Librium 5 mg. 25 grageas.
- * Librium 10 mg. 25 grageas.
- * Normidc 10 mg. 10 cápsulas.
- * Omnalio 10 mg. 30 comprimidos.
- * Omnalio 10 mg. 60 comprimidos.
- ** Psico-blocan 10 mg. 30 comprimidos.
- ** Psico-blocan 10 mg. 60 comprimidos.
- ** Relaxedans 10 mg. 30 cápsulas.

- ** Templax 10 mg. 25 grageas.
- ** Templax 10 mg. 100 grageas.

Clotiazepam ●

- * Distensan 5 mg. 30 comprimidos.
- * Distensan 10 mg. 30 comprimidos.

Diazepam ●

- ** Aneuroi 5 mg. 20 grageas.
- ** Aneuroi 5 mg. 50 grageas.
- ** Ansium Lesvi 5 mg. 30 cápsulas.
- ** Aspaserine be tranquilizante 5 mg. 20 comprimidos.
- ** Aspaserine be tranquilizante 5 mg. 50 comprimidos.
- *** Calmaven 5 mg. 30 comprimidos.
- ** Complutine 5 mg. 24 grageas.
- * Diaceplex 2 mg. 30 ml. susp. gotas.
- * Diaceplex 5 mg. 30 cápsulas.
- * Diaceplex simple 5 mg. 30 cápsulas.
- * Diaceplex simple 10 mg. 30 cápsulas.
- ** Diazepam be 2,5 mg. 40 comprimidos.
- * Diazepam Elmu 5 mg. 30 comprimidos.
- * Diazepam Elmu 10 mg. 25 comprimidos.
- * Diazepam Leo 2 mg. 30 comprimidos.
- * Diazepam Leo 2 mg. 100 comprimidos.
- * Diazepam Leo 5 mg. 30 comprimidos.
- * Diazepam Leo 5 mg. 100 comprimidos.
- * Diazepam Normon 5 mg. 40 comprimidos.
- * Diazepam Prodes 2,5 mg. 40 comprimidos.
- * Diazepam Prodes 5 mg. 30 comprimidos.
- * Diazepam Prodes 5 mg. 10 supositorios.
- * Diazepam Prodes 10 mg. 30 comprimidos.
- * Diazepam Prodes 10 mg. 10 supositorios.
- * Diazepam Prodes 10 mg. 2ml. 6 ampollas.
- * Diazepam Prodes 10 mg. 15 ml. sol. gotas.
- * Diazepam Prodes 25 mg. 20 comprimidos.
- ** Dicepin be 10 mg. 60 comprimidos.
- * Drenian 5 mg. 30 comprimidos.
- * Drenian 10 mg. 30 comprimidos.
- *** Edym sedante 2,5 mg. 20 cápsulas.
- *** Edym sedante 2,5 mg. 50 cápsulas.
- ** Gobanal 2,5 mg. 50 ml. suspensión.
- ** Gobanal 2,5 mg. 100 ml. suspensión.
- ** Gobanal 5 mg. 20 grageas.
- ** Pacium 5 mg. 20 cápsulas.
- ** Pacium 5 mg. 40 cápsulas.
- ** Pertranquil 4 mg. 30 comprimidos.
- ** Pertranquil 4 mg. 60 comprimidos.
- ** Podium 5 mg. 50 grageas.
- * Sico relax 5 mg. 20 comprimidos.
- * Sico relax 5 mg. 50 comprimidos.
- * Stesolid 5 mg. 2 microenemas.
- * Stesolid 5 mg. 5 microenemas.
- * Stesolid 10 mg. 5 microenemas.
- * Stesolid 10 mg. 2 microenemas.
- *** Tepazepan 30 cápsulas.
- ** Tropargal 2,5 mg. 30 cápsulas.
- ** Tropargal 2,5 mg. 60 cápsulas.
- * Valium 5 mg. 30 comprimidos.
- * Valium 5 mg. 100 comprimidos.
- * Valium 10 mg. 6 ampollas 2 ml.
- * Valium 10 mg. 25 comprimidos.
- ** Vincosedan 5 mg. 40 comprimidos.

Flunitrazepam ●

- * Rohipnol 2 mg. 2 ampollas 1 ml.
- * Rohipnol 2 mg. 20 comprimidos.

Flurazepam ●

- * Dormodor 30 mg. 30 cápsulas.

Especialidades farmacéuticas

Halazepam ●

- * Alapryl 40 mg. 30 comprimidos.

Ketazolam ●

- * Marcen 15 mg. 30 cápsulas.
- * Marcen 30 mg. 20 cápsulas.
- * Marcen 45 mg. 20 cápsulas.
- * Sedotime 15 mg. 30 cápsulas.
- * Sedotime 30 mg. 20 cápsulas.
- * Sedotime 45 mg. 20 cápsulas.
- * Unakalm 15 mg. 20 cápsulas.
- * Unakalm 30 mg. 20 cápsulas.
- * Unakalm 45 mg. 20 cápsulas.

Lorazepam ●

- * Divial 2 mg. 30 comprimidos.
- * Divial 1 mg. 30 comprimidos.
- * Donix 1 mg. 30 grageas.
- * Donix 5 mg. 20 grageas.
- * Idalprem 0,1% 30 ml. gotas.
- * Idalprem 1 mg. 30 comprimidos.
- * Idalprem 1 mg. 60 comprimidos.
- * Idalprem 5 mg. 20 comprimidos.
- * Lorazepam Medical 1 mg. 30 comprimidos.
- * Lorazepam Medical 5 mg. 20 comprimidos.
- * Orfidal 1 mg. 25 comprimidos.
- * Orfidal 1 mg. 50 comprimidos.
- * Piralone 2mg. 30 comprimidos.
- * Placinoral 2 mg. 30 comprimidos.
- * Sedicepan 1 mg. 30 comprimidos.

Lormetazepam ●

- * Lembrol 1 mg. 30 comprimidos.
- * Loramet 1 mg. 30 comprimidos.
- * Loramet 2 mg. 20 comprimidos.
- * Noctamid 1 mg. 30 comprimidos.
- * Noctamid 2 mg. 20 comprimidos.
- * Sedobrina 1 mg. 30 comprimidos.

Medazepam ●

- ** Nobritol-F 10 mg. 60 cápsulas.
- ** Nobritol 5 mg. 60 cápsulas.

Midazolam ○

- * Dormicum 7,5 mg. 30 comprimidos.
- * Dormicum 15 mg. 5 ampollas.

Nitrazepam ●

- * Mogadon 5 mg. 30 comprimidos.
- * Nitrazepam Prodes 5 mg. 30 comprimidos.
- * Pelson 5 mg. 20 comprimidos.
- ** Pelsonfilina 4 mg. 30 comprimidos.
- ** Pelsonfilina 8 mg. 8 supositorios.
- * Serenade 5mg. 20 comprimidos.

Oxazepam ●

- * Adumbran 10 mg. 25 comprimidos.
- * Aplakil 20 mg. 25 cápsulas.
- ** Buscopax 10 mg. 20 grageas.
- *** Novo Aerofil sedante 5 mg. 30 cápsulas.
- *** Novo Aerofil sedante 5 mg. 80 cápsulas.
- *** Pankreoflat sedante 5 mg. 20 grageas.
- *** Pankreoflat sedante 5 mg. 50 grageas.
- * Psiquiwas 10 mg. 50 grageas.
- * Psiquiwas 30 mg. 50 grageas.
- * Sobile 15 mg. 20 comprimidos.
- * Sobile 15 mg. 50 comprimidos.
- *** Suxidina 5 mg. 90 comprimidos.

Pinazepam ●

- * Duna 2,5 mg. 20 cápsulas.
- * Duna 5 mg. 20 cápsulas.
- * Duna 10 mg. 20 cápsulas.

Prazepam ●

- * Demetrin 10 mg. 20 tabletas.

Quazepam ●

- * Quiedorm 15 mg. 30 comprimidos.

Temazepam ●

- * Dasuen 10 mg. 20 cápsulas.
- * Tenso 10 mg. 20 cápsulas.

Tetrazeepam ●

- * Myolastan 50 mg. 30 comprimidos.

Triazolam ●

- * Halción 0,25 mg. 30 comprimidos.
- * Halción 0,125 mg. 30 comprimidos.
- * Novodorm 0,25 mg. 30 comprimidos.
- * Novodorm 125 mg. 30 comprimidos.

USO EXCLUSIVO HOSPITALARIO

Flumazenil ○

- * Anexate Roche 0,5 mg/5 ml.
- * Anexate Roche 1 mg/10 ml.


OTROS SEDANTES

Metacualona ●

- * Pallidan Berna 250 mg. 10 comprimidos.
- * Pallidan Berna 250 mg. 30 comprimidos.

Meprobamato ●

- * Ansiowas 400 mg. 10 comprimidos.
- * Ansiowas 400 mg. 20 comprimidos.
- ** Conestrón Meprobamato 60 grageas.
- * Dapaz 400 mg. 20 comprimidos.
- * Dapaz 400 mg. 50 comprimidos.
- * Meprospán 200 mg. 20 cápsulas.
- * Meprospán 400 mg. 10 cápsulas.
- * Miltown 400 mg. 25 comprimidos.
- * Miltown 400 mg. 6 ampollas 5 ml.
- ** Oasil relax 20 comprimidos.
- * Oasil simes 500 mg. 20 comprimidos.
- * Sedans tranquilizante Orraván 0,4 g. 10 comprimidos.
- * Sedans tranquilizante Orraván 0,4 g. 50 comprimidos.

Se incluyen algunas especialidades no controladas cuyo símbolo no es 

-
- * Un solo principio activo
 - ** Dos principios activos
 - *** Más de dos principios activos

CANNABIS

La planta de la cannabis sintetiza más de 80 cannabinoides, entre los que destaca el tetrahidrocannabinol (Δ^9 THC), que es su principal componente psicoactivo.

Acción farmacológica

Depresor del sistema nervioso central.

Indicación terapéutica

Aunque en nuestro país no se encuentra comercializada la sustancia (Δ^9 THC), actualmente en algunos países se está evaluando su posible utilidad terapéutica como agente antiemético en el tratamiento de los pacientes sometidos a quimioterapia.

Vía de administración

Terapéutica: en España no se utiliza.
No terapéutica: oral, inhalada-fumada.

Dependencia física

No se ha descrito la existencia de una verdadera dependencia física (véase síndrome de abstinencia).

Dependencia psíquica

Su consumo continuado puede desarrollar dependencia psicológica en función de las características individuales y sociales del individuo.

Tolerancia

Puede aparecer tolerancia a algunos efectos. Presenta tolerancia cruzada con el alcohol y los opiáceos.

Síndrome de abstinencia

La supresión brusca de su administración en individuos consumidores crónicos no precipita una sintomatología de abstinencia característica. Se pueden observar síntomas leves que aparecen a las pocas horas y pueden durar 4-5 días (ansiedad, irritabilidad, disminución del apetito, insomnio, rebote de las fases REM del sueño...).

Disponibilidad

Se encuentra sujeta a la legislación sobre estupefacientes y psicotrópicos. El cannabis está incluido en las Listas I y IV de la Convención Única de 1961. El principio activo Δ^9 tetrahidro cannabinol y sus variantes estereoquímicas han sido transferidas recientemente de la lista I a la lista II del convenio de sustancias psicotrópicas de 1971. En el mercado ilegal su disponibilidad es muy elevada.

Denominaciones vulgares

Hachís, marihuana, chocolate, tate, grifa, kif, costo, goma, mierda.

Intoxicación aguda

Los cannabinoides en sobredosificación son raramente letales. A dosis elevadas pueden provocar crisis de ansiedad que generalmente disminuye al cabo de pocas horas. Es controvertida la existencia de una verdadera psicosis cannábica.

Tratamiento

Mantener en observación en un ambiente tranquilo.

Intoxicación crónica

A pesar de la gran variedad de estudios realizados no se ha podido concluir que el consumo crónico sea la causa de alteraciones psíquicas o físicas a largo plazo.



COCAINA

Acción farmacológica

Estimulante del sistema nervioso central. Tópicamente se comporta como vasoconstrictor y anestésico local.

Indicación terapéutica

Actualmente es muy reducida: únicamente como anestésico superficial en otorrinología y oftalmología.

Vía de administración

Terapéutica: tópica.

No terapéutica: distintas vías dependiendo de sus diversas presentaciones: inhalatoria-fumada, inhalatoria-esnifada y parenteral.

Dependencia física

Actualmente se considera que sí la produce (véase síndrome de abstinencia).

Dependencia psíquica

Sí. La rapidez de su instauración depende de la vía de administración utilizada, siendo más precoz en el caso de usar la inhalatoria-fumada o la parenteral.

Tolerancia

Discutida.

Síndrome de abstinencia

Aunque durante mucho tiempo se negó su existencia, hoy se piensa que el cuadro caracterizado a nivel psíquico por depresión, enlentecimiento psicomotor, letargia, irritabilidad y trastornos del sueño, y a nivel somático por trastornos de la coordinación, sensación de opresión, taquicardia, vértigos..., constituye un auténtico síndrome de abstinencia.

Disponibilidad

Se encuentra sometida a la legislación sobre estupefacientes.

En la Lista I: No disponible legalmente como sustancia.

En la Lista III: Cuando forma parte de preparados que no contengan más de 0,1% de la sustancia (B.O.E. 4-XI-81), puede despacharse con receta ordinaria, salvo que se presente en mezcla con psicotropos de régimen especial.

En el mercado ilegal se puede encontrar como: sulfato de cocaína, clorhidrato de cocaína y base libre.

Denominaciones vulgares

Coca, nieve, perica, pasta, crack, frce-base, basuko.

Intoxicación aguda

Sintomatología característica de una hiperestimulación simpática: taquicardia, palpitaciones, sudoración, hipertermia, hipertensión, midriasis; así como arritmias y convulsiones. En ocasiones da lugar a un cuadro delirante agudo. Puede producir la muerte por *status epilepticus* con obstrucción respiratoria, arritmias o hemorragia cerebral.

Su consumo por vía intravenosa o inhalatoria-fumada, la presencia de cierta patología orgánica previa (insuficiencia coronaria, hipertensión, diabetes, etc.), su toma conjunta con fármacos simpaticomiméticos o su asociación con heroína, incrementa fuertemente el riesgo y la gravedad de las complicaciones.

Tratamiento

No existe antagonista específico. Puede administrarse diazepam intravenoso para controlar las convulsiones, betabloqueantes para las complicaciones cardiovasculares y neurolépticos en los cuadros psicóticos.

Intoxicación crónica

Son frecuentes las alteraciones endocrinas. Aun con dosis que no producen intoxicación aguda se incrementa el riesgo de aparición de algunas complicaciones que se producen en la misma. Otras complicaciones dependen en gran parte de la vía de administración: atrofia o necrosis de tabique nasal en la vía inhalatoria; síntomas respiratorios en los fumadores de base libre; patología infecciosa y lesiones equimóticas con frecuentes necrosis en la vía intravenosa.

Puede llegar a producir fuertes alteraciones de la personalidad e incluso cuadros delirantes, pero las alteraciones más frecuentes son trastornos depresivos, trastornos ciclotímicos y déficit de atención.

Tratamiento de la dependencia

Se utilizan técnicas similares a las de otras toxicomanías.

Los antidepresivos son los fármacos más utilizados. Actualmente se está estudiando el empleo de otros medicamentos, por ej. bromocriptina, amantadina o litio.



OPIACEOS

Acción farmacológica

Depresores del sistema nervioso central. Se pueden clasificar en : agonistas puros (codeína, meperidina, metadona, heroína); agonistas parciales (buprenorfina); agonista/antagonista (mixtos) (pentazocina, butorfanol) y antagonistas puros (naloxona, naltrexona).

Indicación terapéutica

Dolor agudo o crónico.
Diarrea aguda con dolor cólico (extracto de opio, difenoxilato, codeína).
Alivio de la tos seca, no productiva, que impide el descanso del paciente (codeína).
Tratamiento de la intoxicación aguda y crónica.
El uso de la heroína con fines terapéuticos es ilegal en España.

Vía de administración

Terapéutica: oral (comprimidos, cápsulas, gotas, tabletas, solución, grageas, sellos, sobres), rectal e inyectable.
No terapéutica: oral, inhalada-fumada, inhalada-esnifada, inyectable-parenteral.

Dependencia física

Sí. Aumenta en intensidad paralelamente al aumentar la dosis.

Dependencia psíquica

Sí.

Tolerancia

Se desarrolla rápidamente, aunque para algunas acciones está en función de la potencia del opiáceo.

Síndrome de abstinencia

Sí. Aparece tanto por la supresión de estas sustancias, como por la administración de un antagonista específico (naloxona) o agonista-antagonista (pentazocina) (véase Manual).

Disponibilidad

La mayoría se encuentran sujetos a la legislación del Convenio Unico de 1961 sobre estupefacientes.
Dispensación con receta de estupefacientes o con receta médica (véase relación adjunta).

- Dispensación con receta de estupefacientes en fórmulas magistrales y especialidades con sustancias de la Lista I, fórmulas magistrales y sustancias de las Listas II y III. Su símbolo en el envase de las especialidades farmacológicas es ●
- Dispensación con receta médica en especialidades farmacéuticas con sustancias de las Listas II y III.

Su símbolo en el envase es ○. En especialidades con buprenorfina y pentazocina el símbolo en el envase es ◐.
Actualmente, es la heroína el opiáceo más ampliamente difundido en el mercado ilegal, aunque existe también un mercado clandestino de recetas y fármacos con acciones farmacológicas similares a esta sustancia.

Denominaciones vulgares

Heroína: H, *horse*, caballo, *white lady*, *power*, *sugar*, *joy*, papelina, línea, chute.

Intoxicación aguda

Suele producirse en toxicómanos al administrarse la droga con una pureza superior a la habitual, generalmente por vía intravenosa (I.V.).

Los síntomas más característicos son: depresión respiratoria, edema agudo de pulmón, miosis puntiforme, hipotensión, cianosis, bradicardia y coma, pudiendo terminar en parada respiratoria.

Tratamiento

Mantenimiento de vía aérea permeable. Provocación del vómito si se sospecha consumo por vía oral.
La administración I. V. de naloxona revierte rápidamente el grado de coma y la depresión respiratoria y cardiocirculatoria producida por la sobredosis.

Intoxicación crónica

El consumo continuado de opiáceos (agonistas, agonistas parciales o agonistas - antagonistas), conlleva siempre el desarrollo de farmacodependencia, que se manifiesta por la presencia del síndrome de abstinencia cuando se suspende bruscamente el consumo o se administra un antagonista.
Los principales problemas orgánicos se derivan, fundamentalmente, del uso de la vía parenteral y el hábito ampliamente difundido entre los usuarios de opiáceos de compartir el material inyectable: hepatitis, SIDA, flebitis, endocarditis, abscesos, candidiasis, septicemia.

Especialidades farmacéuticas

Alfentanilo ●

- * Fanaxal 10 ml. 5 ampollas.
- * Fanaxal 2 ml. 5 ampollas.
- * Limifen 5 mg. 5 ampollas 5 ml.
- * Limifen 1 mg. 5 ampollas 2 ml.

Fentanilo ●

- * Fentanest 0,05 mg. 5 ampollas.
- ** Thalamonal 0,05 mg. 5 ampollas.

Metadona ●

- * Metasedin 5 mg. 20 comprimidos.
- * Metasedin 10 mg. 1 ampolla.
- * Metasedin 10 mg. 12 ampollas.
- * Sedo Rapide 10 mg. 5 autoinyectable.
- * Sedo Rapide 10 mg. 1 autoinyectable.

Morfina ●

- * Cloruro Mórfico 1% Andalucía Fetca 10 mg. 1 ampolla
- * Cloruro Mórfico 1% Andalucía Fetca 10 mg. 10 ampollas.
- * Cloruro Mórfico 2% Andalucía Fetca 20 mg. 1 ampolla.
- * Cloruro Mórfico 2% Andalucía Fetca 20 mg. 10 ampollas.
- * Cloruro Mórfico 1% Navarro 10 mg. 1 ampolla.
- * Cloruro Mórfico 1% Navarro 10 mg. 10 ampollas.
- * Cloruro Mórfico 2% Navarro 20 mg. 1 ampolla.
- * Cloruro Mórfico 2% Navarro 20 mg. 10 ampollas.
- ** Morfi Rapide 10 mg. 1 inyetable.
- ** Morfi Rapide 10 mg. 6 inyectables.
- * Morfina Miró 1% 10 mg. 1 ampolla.
- * Morfina Miró 1% 10 mg. 10 ampollas.
- * Morfina Serra 1% 10 mg. 1 ampolla.
- * Morfina Serra 2% 20 mg. 1 ampolla.
- * MST - 10 continus 10 mg. 60 comprimidos.
- * MST - 100 continus 100 mg. 30 comprimidos.
- * MST - 100 continus 100 mg. 60 comprimidos.
- * MST - 30 continus 30 mg. 60 comprimidos.
- * MST - 60 continus 60 mg. 30 comprimidos.
- * MST - 60 continus 60 mg. 60 comprimidos.

Petidina ●

- * Dolantina 100 mg. 1 ampolla.
- ** Petigan Miro 100 mg. 10 ampollas.

Tilidina ●

- * Tilitrate 100 mg/ml. 10 ml. gotas.

Buprenorfina ●

- * Buprex 0,2 mg. 10 comprimidos.
- * Buprex 0,2 mg. 20 comprimidos.
- * Buprex 0,3 mg. 6 ampollas.
- * Prefin 0,2 mg. 10 comprimidos.
- * Prefin 0,2 mg. 20 comprimidos.
- * Prefin 0,3 mg. 6 ampollas.

Butorfanol ○

- * Verstadol 2 mg. 1 vial.
- * Verstadol 2 mg. 4 viales.

Codeína ○

- *** Aletor compositum 12 mg. / 5 ml. 150 ml. solución.
- *** Algídol polvo 10 mg. 12 sobres.
- *** Analgílasa 5 mg. 20 comprimidos.
- *** Analgílasa 10 mg. 12 supositorios.
- ** Analgíol 20 comprimidos.
- *** Analgísul 5 mg. 10 comprimidos.
- *** Angimídone 5 mg. 16 comprimidos.

- *** Bequisan 2,5 mg/5 ml. 245 ml. jarabe.
- *** Bequisan 200 g. solución.
- *** Bisolvon compositum 4,5 mg/5ml. 100 ml. solución.
- *** Broncovital 5 mg/5ml. 180 g. jarabe.
- *** Calmoplex 10 mg. 2 grageas.
- *** Calmoplex 10 mg. 10 grageas.
- ** Cibalgina compuesta 40 mg. 5 supositorios.
- ** Cibalgina compuesta 40 mg. 10 supositorios.
- ** Codefilona 20 mg. 6 supositorios adultos.
- ** Codefilona 20 mg. 12 supositorios adultos.
- * Codeisan 7 mg. 10 supositorios infantiles.
- * Codeisan 30 mg. 10 comprimidos.
- * Codeisan 30 mg. 20 comprimidos.
- * Codeisan 30 mg. 10 supositorios adultos.
- *** Codeisan 7 mg/5ml. 125 ml. jarabe.
- *** Codelasa 8 mg. 30 grageas.
- ** Codipront 30 mg. 20 cápsulas.
- ** Codipront 11,10 mg/5 ml. 150 ml. suspensión.
- *** Diminex antitusígeno 2,5 mg. 12 supositorios lactantes.
- *** Diminex antitusígeno 5 mg. 12 supositorios infantiles.
- *** Diminex antitusígeno 20 mg. 12 supositorios adultos.
- ** Dolgesic codeína 30 comprimidos.
- *** Dolmen 10 mg. 10 comprimidos.
- *** Dolmen 10 mg. 20 comprimidos.
- *** Dolodens 10 mg. 2 grageas.
- *** Dolodens 10 mg. 4 grageas.
- *** Dolviran 10 mg. 20 comprimidos.
- *** Dolviran 10 mg. 10 supositorios adultos.
- *** Duponil 7,5 mg/5 ml. 100 g. jarabe.
- *** Fimol Busto 2,5 mg/5 ml. 125 ml. jarabe.
- *** Fimol Busto 2,5 mg/5 ml. 240 ml. jarabe.
- *** Fiorinal 5 mg. 6 supositorios infantiles.
- *** Fiorinal codeína 15 mg. 10 cápsulas.
- *** Fiorinal codeína 30 mg. 6 supositorios.
- *** Fluidin codeína 5 mg/5ml. 250 ml. solución.
- *** Frenadol granulado 10 mg. 10 sobres.
- *** Gomefedrina 2 mg/5 ml. 180 ml. jarabe.
- *** Gragenil 7,5 mg. 20 grageas.
- *** Helver efedrina 5 mg/5 ml. 150 ml. jarabe.
- *** Histaverin 10 mg/5 ml. 100 ml. jarabe.
- *** Histaverin 10 mg/5 ml. 250 ml. jarabe.
- *** Hortepulmo 5 mg. 12 supositorios pediátricos.
- *** Hortepulmo 10 mg. 12 supositorios adultos.
- *** Iniston antitusivo 10,6 mg/5 ml. 100 ml. jarabe.
- *** Iniston expectorante 7,5 mg/5 ml. 100 ml. jarabe.
- *** Iniston pediátrico expectorante 3 mg/5 ml. 100 ml. jarabe.
- *** Lasa codeína 5 mg/5 ml. 250 ml. solución.
- *** Meloka 5 mg. 10 cápsulas.
- *** Migraleve 8 mg. 20 comprimidos.
- *** Pazbronquial 5 mg/5 ml. 150 gr. jarabe.
- * Perduretas codeína 50 mg. 10 comprimidos.
- * Perduretas codeína 50 mg. 20 comprimidos.
- *** Pirifedrina 15 mg. 5 supositorios adultos.
- *** Pirifedrina 15 mg. 10 supositorios adultos.
- *** Pirifedrina 20 mg. 20 comprimidos.
- *** Prontal 5 mg. 10 supositorios pediátricos.
- *** Prontal 10 mg. 10 supositorios adultos.
- *** Pulmosepta 5 mg/5 ml. 100 ml. jarabe.
- * Solcodcin 60 mg. 10 grageas.
- *** Spasmalpher 20 mg. 5 supositorios.
- *** Spasmalpher 20 mg. 10 supositorios.
- *** Supra - Leodín 10 mg. 20 comprimidos.
- *** Tabletas Quimpe 20 mg. 3 comprimidos.
- *** Tabletas - Quimpe 20 mg. 10 comprimidos.
- ** Termalgin codeína 15 mg. 16 cápsulas.
- ** Termalgin codeína 30 mg. 8 supositorios adultos.
- *** Untosvix codeína 3 mg. 20 grageas.

Especialidades farmacéuticas

Continuación

- *** Veganin 5 mg. 10 supositorios infantiles.
- *** Veganin 10 mg. 10 tabletas.
- *** Veganin 10 mg. 20 tabletas.
- *** Veganin 20 mg. 10 supositorios adultos.

Codeína Etilmorfina ○

- ** Cidantos 12,5 mg. y 12,5 mg. 15 comprimidos.
- ** Cidantos S 5 mg. y 5 mg. 6 supositorios infantiles.
- ** Cidantos S 5 mg. y 5 mg. 10 supositorios infantiles.
- ** Cidantos S 10 mg. y 10 mg. 6 supositorios adultos.
- ** Cidantos S 10 mg. y 10 mg. 10 supositorios adultos.

Codeína Noscapina ○

- *** Bisolvon compositum 4,5 mg/5 ml. y 2,5 mg/5 ml. 100 ml. solución.
- *** Bronco Yer 4,5 mg/5 ml. y 2,5 mg/5 ml. 120 ml. solución.

Dextropropoxifeno ○

- * Darvon 65 mg. 10 cápsulas.
- * Deprancol AS 150 mg. 10 cápsulas.

Difenoxilato ○

- ** Protector 2,5 mg. 10 comprimidos.
- ** Protector 2,5 mg. 20 comprimidos.
- *** Saleton adultos 2,5 mg. 10 comprimidos.

Dihidrocodeína ○

- * Contugesic 60 mg. 20 comprimidos.
- * Contugesic 60 mg. 60 comprimidos.
- *** Paracodina 10 mg. 150 g. jarabe.
- * Paracodina 10 mg. 20 tabletas.
- ** Tosidrin 10 mg. 10 mg/ml. 15 ml. solución gotas.
- *** Traquivan 5 mg/5 ml. 150 ml. suspensión.

Dimemorfano ○

- * Dastosin 20 mg. 30 cápsulas.
- * Dastosin 10 mg/5 ml. 150 ml. solución.

Etilmorfina ○

- *** Demusin 10 mg. 30 comprimidos.
- * Dionina 250 mg. Llorens 5 ml. colirio.
- ** Diptol 4 mg./ml. 60 ml. solución gotas.
- *** Diptol Antihistaminico 150 ml. jarabe.
- *** Eucalyptospirine 2 mg. 10 supositorios niños.
- *** Eucalyptospirine 15 mg. 10 supositorios adultos.
- *** Neodemusin 8 mg. 6 comprimidos.
- *** Sedalmerck 5 mg. 4 tabletas.
- *** Sedalmerck 5 mg. 10 tabletas.
- *** Super Koki 1,2 mg. 15 comprimidos.

Folcodina ○

- *** Caltoson balsámico 4 mg. 20 pastillas.
- *** Grageas gemelas 4 mg. 12 grageas.
- *** Homocodeína Timol 5 mg. 8 supositorios infantiles.
- *** Homocodeína Timol 15 mg. 8 supositorios adultos.
- *** Senioral 40 mg./100 ml. 150 ml. jarabe infantil.
- *** Senioral 90 mg./100 ml. 150 ml. jarabe adultos.
- *** Trophires 3 mg./5 ml. 150 ml. jarabe infantil.
- *** Trophires 6,65 mg./5 ml. 150 ml. jarabe adultos.
- *** Trophires 4 mg. 8 supositorios niños.
- *** Trophires 20 mg. 8 supositorios adultos.

Naloxona ○

- * Naloxona Abelló 400 mcg. 10 ampollas.

Noscapina ○

- * Bequitusin 54 mg. 16 cápsulas.
- * Bequitusin 54 mg/5 ml. 120 ml. suspensión.
- *** Brondilat 15 mg. 10 supositorios adultos.
- *** Tuscalman 5 mg. 20 supositorios lactantes.
- *** Tuscalman 10 mg. 20 supositorios infantiles.
- ** Tuscalman 7,5 mg./5 ml. 100 ml. jarabe.
- ** Tuscalman 7,5 mg./5 ml. 200 ml. jarabe.
- * Tusilac 7,5 mg. 100 ml. jarabe.

Opio extracto ○

- *** Digestovital 13,33 mg./5 ml. 250 ml. elixir.
- *** Salvacolina 5 mg. 4 comprimidos.
- *** Salvacolina 5 mg. 15 comprimidos.
- *** Tanagel 5,6 mg. 15 comprimidos.
- *** Tanagel 10 mg. 15 sellos.

Pentazocina ●

- * Pentazocina Fides 30 mg. 1 ampolla.
- * Pentazocina Fides 30 mg. 10 ampollas.
- * Sosegón 30 mg. 1 ampolla.
- * Sosegón 30 mg. 5 ampollas.
- * Sosegón 50 mg. 12 comprimidos.
- * Sosegón 50 mg. 6 supositorios.
- * Sosegón 50 mg. 12 supositorios.

- * Un solo principio activo
- ** Dos principios activos
- *** Más de dos principios activos

PRINCIPALES INTERACCIONES ENTRE PSICOFARMACOS

DE LAS ANFETAMINAS CON:

Alcohol

No deben administrarse anfetaminas a personas con antecedentes de alcoholismo, ni simultáneamente con alcohol.

Antidepresivos tricíclicos

Teóricamente incrementan el efecto de las anfetaminas, aunque no existe evidencia clínica. En cualquier caso, debería evitarse su administración conjunta.

Barbitúricos

Las anfetaminas retrasan la absorción intestinal de algunos barbitúricos, como el fenobarbital cuando se administran conjuntamente.

Benzodiazepinas

Antagonizan el efecto excitatorio de las anfetaminas sobre el Sistema Nervioso Central (SNC). El diazepam se considera eficaz en el tratamiento de la hiperactividad que se presenta en la intoxicación por anfetaminas.

Bicarbonato de sodio

Grandes dosis de bicarbonato inhiben la eliminación de anfetaminas, lo que podría incrementar su efecto sobre el SNC.

Carbonato de litio

El litio puede inhibir los efectos de las anfetaminas. El mecanismo no se conoce.

Halopedirol

Teóricamente el halopedirol puede inhibir los efectos de las anfetaminas, aunque no existe evidencia clínica de ello.

Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO)

No deben administrarse anfetaminas mientras se tomen IMAO, ni en los 14 días siguientes a la suspensión del tratamiento.

Opiáceos

Potencian los efectos de las anfetaminas cuando se administran conjuntamente.

DE LOS BARBITURICOS CON:

Analgésicos narcóticos

Los barbitúricos pueden incrementar la toxicidad de la meperidina y reducir el efecto de la metadona, por lo que es necesario ajustar la dosis de ambos fármacos cuando se utilizan conjuntamente.

Corticoides

Pueden perder eficacia terapéutica cuando se administran vía sistémica conjuntamente con barbitúricos. Se recomienda evitar esta asociación, bien sustituyendo el barbitúrico por una benzodiazepina o bien aumentando la dosis de corticosteroides en función de la evolución clínica del paciente.

Depresores del Sistema Nervioso Central

La administración conjunta de barbitúricos con algunas sustancias depresoras del SNC como etanol, hipnóticos sedantes, analgésicos narcóticos, benzodiazepinas y antihistamínicos, puede provocar depresión del SNC con sedación excesiva, depresión respiratoria y coma, dependiendo de las dosis utilizadas.

Fenilbutazona

Los barbitúricos podrían reducir las concentraciones séricas de fenilbutazona, aunque no parece necesario evitar la administración de ambos fármacos conjuntamente.

Teofilina

Los barbitúricos pueden disminuir las concentraciones séricas de la teofilina que, en algunos casos, provocaría una reducción en su respuesta terapéutica.

PRINCIPALES INTERACCIONES ENTRE PSICOFARMACOS

DE LAS BENZODIAZEPINAS CON:

Alcohol

Su administración conjunta da lugar a potenciación de los efectos depresores sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) y especialmente de la actividad motora. Se debe evitar el consumo del alcohol mientras se estén administrando benzodiazepinas.

Anovulatorios

La administración conjunta de anovulatorios u otros preparados que contengan estrógenos con ciertas benzodiazepinas, podría dar lugar a acumulación de estos últimos agentes. También se ha descrito que algunas benzodiazepinas, como el temazepam pueden interactuar con los anovulatorios de forma contraria, es decir, reduciendo el efecto ansiolítico.

Cimetidina

Puede incrementar los niveles séricos de varias benzodiazepinas, ya que inhibe el metabolismo hepático de estas últimas. Altera el metabolismo del diazepam clordiazepóxido, desmetilazepam y, probablemente, alprozolam y triazolam, aunque algunos estudios sugieren que podría interactuar también con otras benzodiazepinas.

Heparina

Puede provocar un aumento de la fracción libre plasmática de las benzodiazepinas con el consiguiente peligro de depresión del SNC.

Levodopa

Parece ser que las benzodiazepinas exacerbaban el parkinsonismo en algunos pacientes tratados con levodopa. El mecanismo no se conoce.

Opiáceos

Potencian el efecto de algunas benzodiazepinas como el diazepam, produciendo un incremento de la depresión del SNC. No deben administrarse conjuntamente.

Tabaco

Los fumadores pueden mostrarse resistentes a los efectos de las benzodiazepinas debido a que el tabaco aumenta el metabolismo hepático de éstas.

DE LA COCAINA CON:

Adrenalina

Los efectos simpaticomiméticos de la cocaína y adrenalina se potencian mutuamente. Sería preferible no utilizar esta asociación.

Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas, y en especial el diazepam son el tratamiento de elección en las convulsiones secundarias a sobredosis de cocaína.

Guanetidina

Algunos estudios en animales sugieren que la cocaína puede antagonizar los efectos de la guanetidina; no se han hecho todavía estudios en humanos.

Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO)

Debe tenerse precaución cuando se utiliza cocaína con otros fármacos que potencien la acción de las catecolaminas, como los IMAO.

DE LOS OPIACEOS CON:

Alcohol

Puede producirse una importante depresión del SNC cuando se administran conjuntamente opiáceos y grandes cantidades de alcohol. Valores plasmáticos de alcohol superiores a 500 mg/100 ml puede provocar coma y la muerte del sujeto.

Cocaína

Antagoniza los efectos de los opiáceos. No son raras las combinaciones de cocaína-heroína entre drogodependientes con el fin de suavizar los efectos euforizantes de la cocaína o con el fin de disminuir los efectos depresores de la heroína.

Fenitoína

La fenitoína actúa como inductora de los sistemas enzimáticos microsomales; se ha observado que la eliminación de metabolitos de la metadona aumenta, de manera importante, durante el tratamiento con fenitoína. Debe controlarse clínicamente al paciente, ya que podría producirse un síndrome de abstinencia agudo.

Inhibidores de la Monoaminoxida (IMAO)

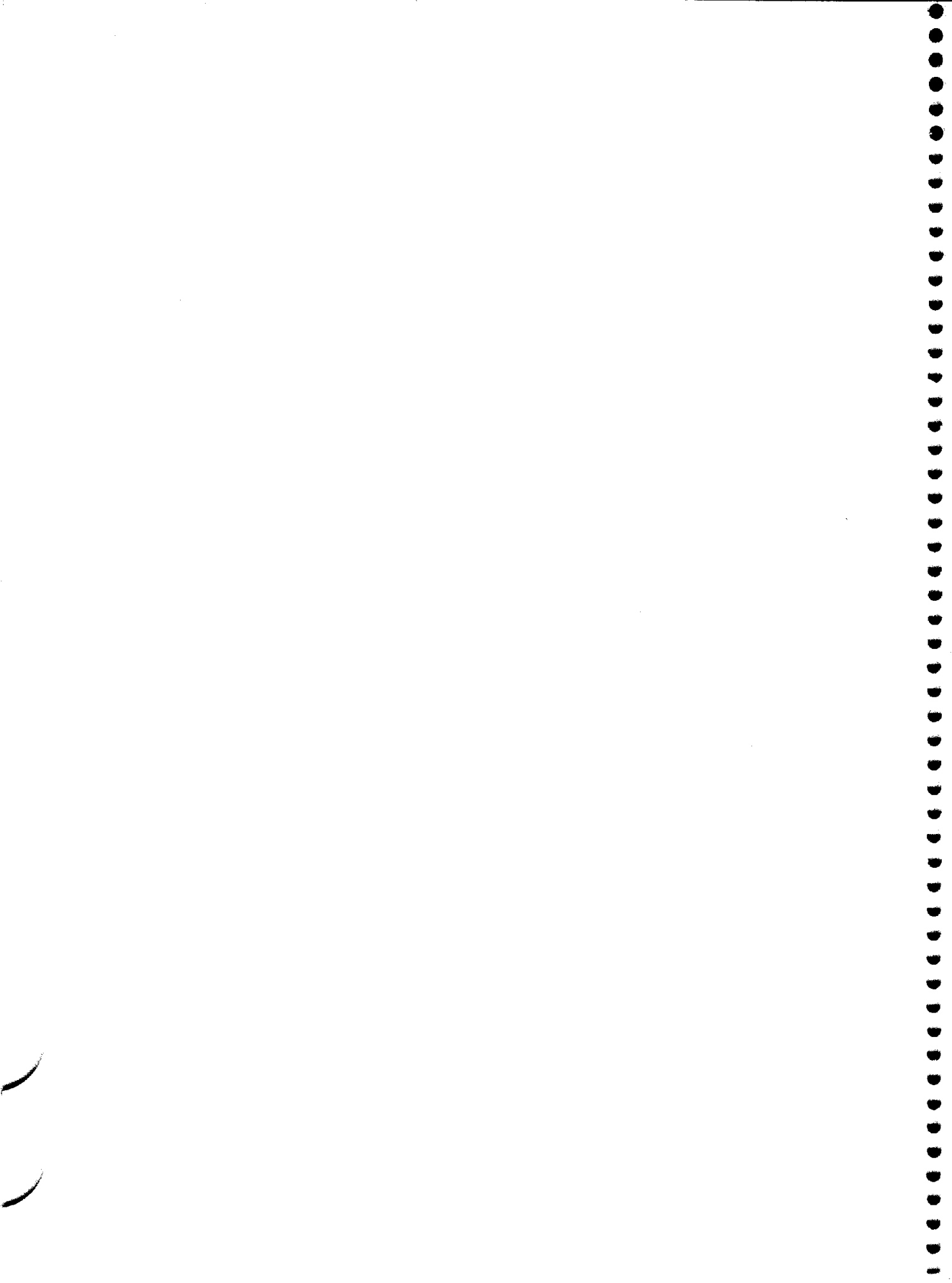
La meperidina y, en mayor medida, otros analgésicos narcóticos interactúan con los IMAO. Los síntomas, generalmente son excitación, sudoración intensa, rigidez e hipertensión; también se ha descrito hipotensión y coma, probablemente por potenciación de los efectos de la meperidina.

Propranolol

Potencia la toxicidad de los opiáceos por un mecanismo desconocido.

Rifampicina

La rifampicina reduce los niveles plasmáticos de metadona. Es especialmente importante tener en cuenta esta interacción en los pacientes sometidos a tratamiento de desintoxicación o mantenimiento con esta sustancia, puesto que puede producirse un cuadro de síndrome de abstinencia.



OTRAS SUSTANCIAS SUSCEPTIBLES DE ABUSO

TRIHEXIFENIDILO

Acción farmacológica

Anticolinérgica. Actúan antagonizando competitivamente la acción de la acetilcolina (neurotransmisor) a nivel de receptores muscarínicos centrales.
A dosis elevadas puede estimular el Sistema Nervioso Central.

Indicaciones terapéuticas

Antiparkinsoniano: Fases iniciales de la enfermedad de Párkinson. Tratamiento de efectos extrapiramidales inducidos por otros fármacos (Ej.: antipsicóticos).

Vía de administración

Terapéutica: Oral (la más frecuente).
No terapéutica: Oral.

Dependencia física

No se ha observado.

Síndrome de abstinencia

La supresión brusca de tratamientos prolongados puede producir un recrudescimiento de la sintomatología de la enfermedad tratada y un cuadro caracterizado por: ansiedad, dificultad para hablar o tragar, pérdida del equilibrio, inquietud y dificultad para conciliar el sueño.

Tolerancia

Después de varios días de tratamiento puede haber cierta tolerancia a algunos efectos anticolinérgicos periféricos, tales como sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, etc.

Disponibilidad

Dispensación con receta médica ordinaria.

Intoxicación aguda

Afecta fundamentalmente al Sistema Cardiorespiratorio y al Sistema Nervioso Central. Se caracteriza por estimulación central seguida de depresión; estados psicóticos con desorientación incoherencia, confusión, alucinaciones especialmente visuales, ataxia, agitación, incoordinación muscular, estupor, fotofobia, elevación de la temperatura corporal, calor, anhidrosis, rubor cutáneo, disminución o ausencia de sonidos intestinales, taquicardia, convulsiones, depresión respiratoria, colapso cardiorespiratorio.

Tratamiento

En intoxicaciones por vía oral, debe provocarse el vómito con la máxima celeridad, proceder a lavado gástrico y administrar carbón activado.

Se recomienda monitorización continua electrocardiográfica, del pulso, respiración y de la temperatura corporal (frecuentemente la sobredosis produce hipertermia).

Como antídoto para revertir la sintomatología anticolinérgica periférica y central, administrar FISOSTIGMINA: Adultos: 1-3 mg. por vía I.V. lenta en 3 minutos. Niños: inicialmente 0,5 mg. ajustando la dosis hasta un máximo de 2 mg., repetir en caso necesario cada 20-60 mg.

Las convulsiones pueden tratarse con Diazepam intravenoso. En caso de depresión respiratoria puede recurrirse a la respiración asistida con administración de oxígeno.

Especialidades farmacéuticas:

ARTANE 2 mg. 25 comprimidos.

5 mg. 25 comprimidos.

Retard 5 mg. 30 cápsulas.

OTRAS SUSTANCIAS SUSCEPTIBLES DE ABUSO

METILFENIDATO

Acción farmacológica

Estimulante del Sistema Nervioso Central, cualitativamente similar a las anfetaminas.

Indicaciones terapéuticas

- Se utiliza conjuntamente con otras medidas no farmacológicas (psicológicas, sociales, etc.) en los trastornos por déficit de la atención en niños hiperactivos.
- Narcolepsia.

Vía de administración

Terapéutica: Oral (comprimidos)
No terapéutica: Oral

Dependencia física

Sí.

Dependencia psíquica

Sí.

Síndrome de abstinencia

La suspensión brusca de tratamientos prolongados puede originar un síndrome de abstinencia.

Tolerancia

Puede producirse tras un tratamiento prolongado de varios meses.

Disponibilidad

Dispensación con receta médica.
Incluido en la lista II, del Convenio de Viena de 1971, sobre sustancias psicótropas.

Intoxicación aguda

Se caracteriza fundamentalmente por una sobreestimulación del Sistema Nervioso Central, acompañada de sintomatología simpaticomimética aguda: vómitos, agitación, confusión, euforia, hiperreflexia, taquicardia, hipertermia, convulsiones, arritmias cardíacas, coma.

Tratamiento

No hay antídoto específico. El tratamiento es sintomático y de soporte. Procede de inmediato a realizar el vaciado de estómago mediante emesis o lavado gástrico. Monitorizar las funciones respiratorias y circulatoria. En intoxicaciones severas administrar un barbitúrico de acción corta.

Especialidades farmacéuticas

RUBIFEN 10 mg, 30 comprimidos.

OTRAS SUSTANCIAS SUSCEPTIBLES DE ABUSO

PEMOLINA

Acción farmacológica

Estimulante del Sistema Nervioso Central.

Indicaciones terapéuticas

- Se utiliza conjuntamente con otras medidas no farmacológicas (psicológicas, sociales, etc.) en los trastornos por déficit de la atención en niños hiperactivos.
- Narcolepsia.
- Agotamiento psico-físico.

Vía de administración

Terapéutica: Oral (comprimidos, suspensión).
No terapéutica: Oral.

Dependencia

Dada su similitud farmacológica con otros psicoestimulantes, puede pensarse que la Pemolina es susceptible de producir dependencia psíquica y física.

Disponibilidad

Dispensación con receta médica. Incluida en la lista IV, del Convenio de Viena de 1971, sobre sustancias psicótropas.

Intoxicación aguda

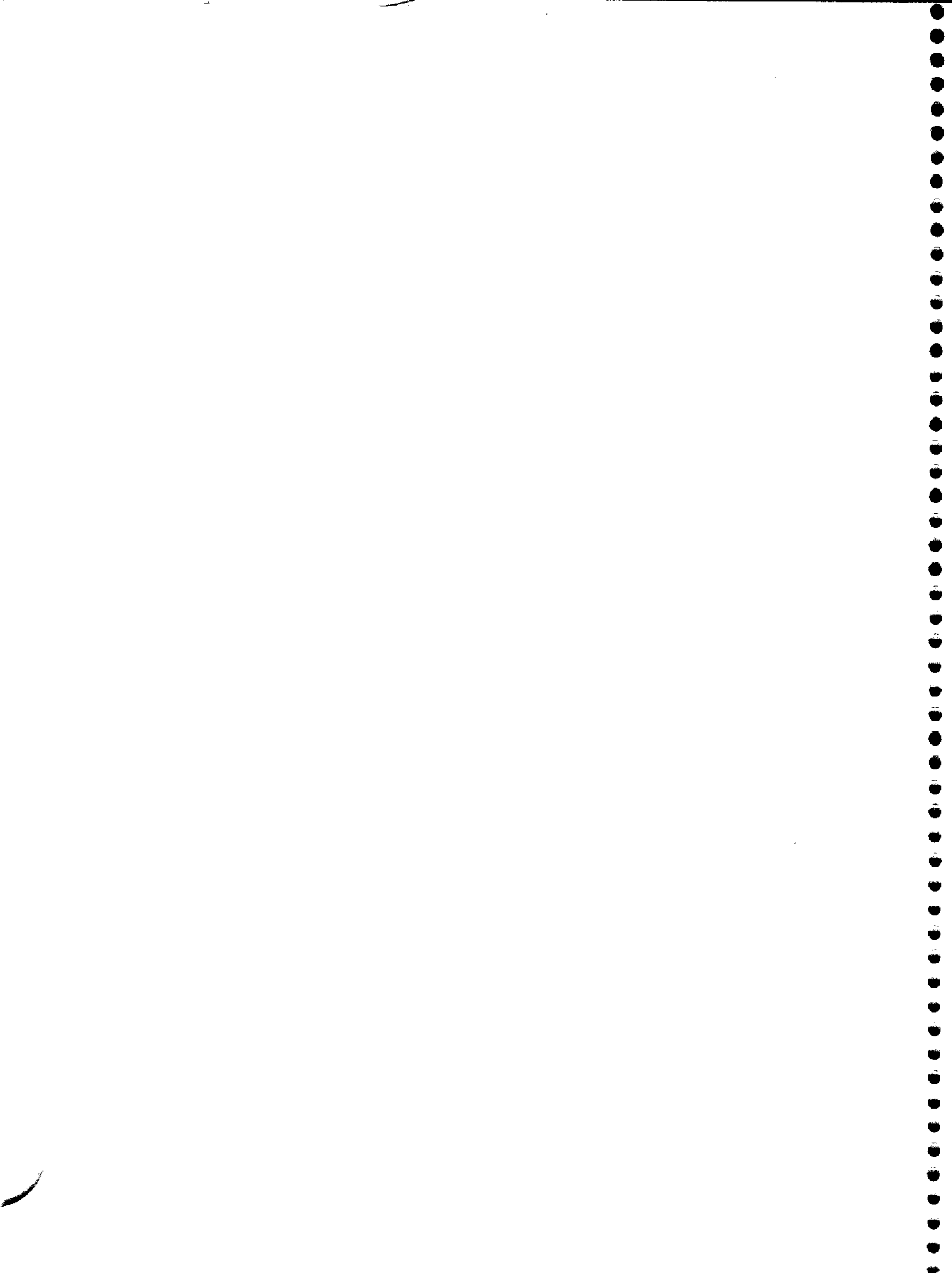
Se caracteriza fundamentalmente por una sobreestimulación del sistema nervioso central acompañada de sintomatología simpaticomimética: vómitos, agitación, confusión, euforia, hiperreflexia, taquicardia, hipertermia, convulsiones, arritmias cardíacas, coma.

Tratamiento

No hay antídoto específico. El tratamiento es sintomático y de soporte.
Proceder de inmediato a la realización de vaciado de estómago mediante emesis o lavado gástrico.
Monitorizar las funciones respiratorias y circulatoria.

Especialidades farmacéuticas

Dynamín 15 grageas
Neurocordín 20 comprimidos
50 comprimidos.
suspensión 100 ml.



(Direcciones y Teléfonos informativos sobre Centros Asistenciales de Drogodependencias)

Comunidad Autónoma de Andalucía

c/ República de Argentina, 23 - 2º pl.
41011 - SEVILLA
Tel. 95 / 422 99 99

Comunidad Autónoma de Aragón

c/ Ramón y Cajal, 68
50004 - ZARAGOZA
Tel. 976 / 44 20 22 Ext. 215, 243

Principado de Asturias

(Oficina de Coordinación)
c/ General Elorza, 35
33001 - OVIEDO
Tel. 985 / 21 76 91 Ext. 69, 70

Comunidad Autónoma de Canarias

c/ Méndez Núñez, 34
38003 - SANTA CRUZ DE TENERIFE
Tel. 922 / 24 15 66 - 24 15 67

Comunidad Autónoma de Cantabria

c/ Emilio Pino, 6 - 4º A
39002 - SANTANDER
Tel. 942 / 36 40 30

Comunidad de Castilla - La Mancha

Avda. de Portugal, 77
45005 - TOLEDO
Tel. 925 / 26 72 14 - 26 72 00 Ext. 214

Comunidad de Castilla y León

Avda. de Burgos, 5
47071 - VALLADOLID
Tel. 983 / 34 38 99 Ext. 115,172,181,160

Comunidad Autónoma de Cataluña

Travessera de les Corts, 131-159
08028 - BARCELONA
Tel. 93 / 339 11 11 Ext. 187

Comunidad Autónoma de Extremadura

Pza. de Santa Clara, s/n
06800 - MERIDA (Badajoz)
Tel. 924 / 31 41 61 - 31 40 12

c/ Ronda del Pilar, 24

06071 - BADAJOZ
Tel. 924 / 24 33 01 - 30 11 12

Comunidad Autónoma de la Rioja

c/ Villamediana, 17
26071 - LOGROÑO
Tel. 941 / 29 11 00 Ext. 1209

Comunidad Autónoma de Galicia

Edificios Administrativos
c/ San Caetano s/n.
15704 - SANTIAGO DE COMPOSTELA (La Coruña)
Tel. 981 / 56 00 00 Ext. 2078, 2896

Comunidad Autónoma de las Islas Baleares

c/ Cecilio Metelo, 18
07003 - PALMA DE MALLORCA
Tel. 971 / 72 29 00 - 71 01 49

Comunidad Autónoma de Madrid

Avda. de Filipinas, 50 - 1º pl.
28003 - MADRID
Tel. 91 / 254 86 98 (Departamento de Asistencia)
91 / 253 64 06 - 253 64 07 (centralita)

Región de Murcia

c/ Ronda de Levante, 11 - 4º pl.
30008 - MURCIA
Tel. 968 / 36 20 00 Ext. 1464

Comunidad Foral de Navarra

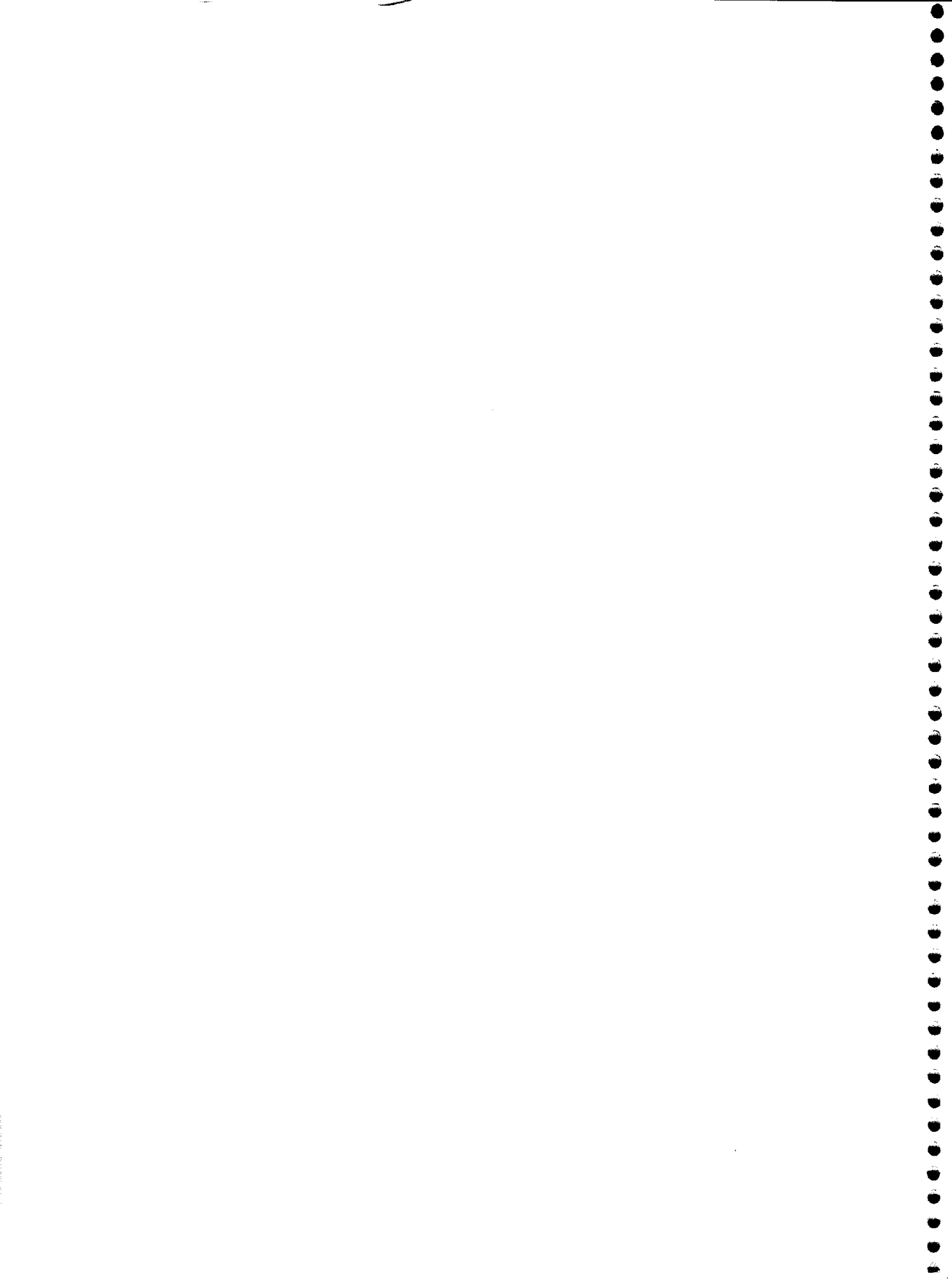
c/ Tudela, 24 - 2º C
31002 - PAMPLONA
Tel. 948 / 23 15 12 - 23 15 16

Comunidad Autónoma del País Vasco

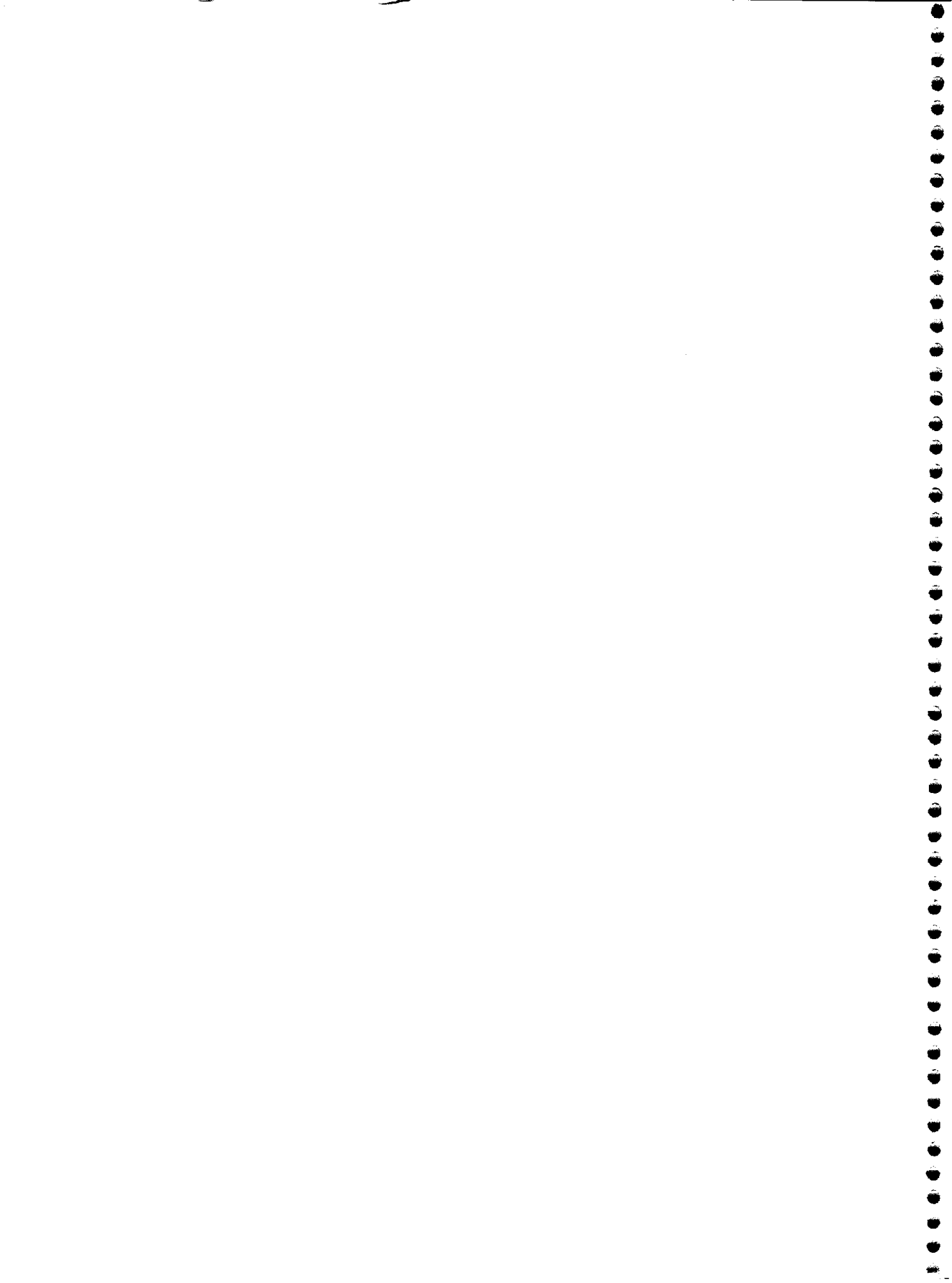
c/ Duque de Wellington, 2
01011 - VITORIA (GASTEIZ)
Tel. 945 / 24 99 00 Ext. 1194

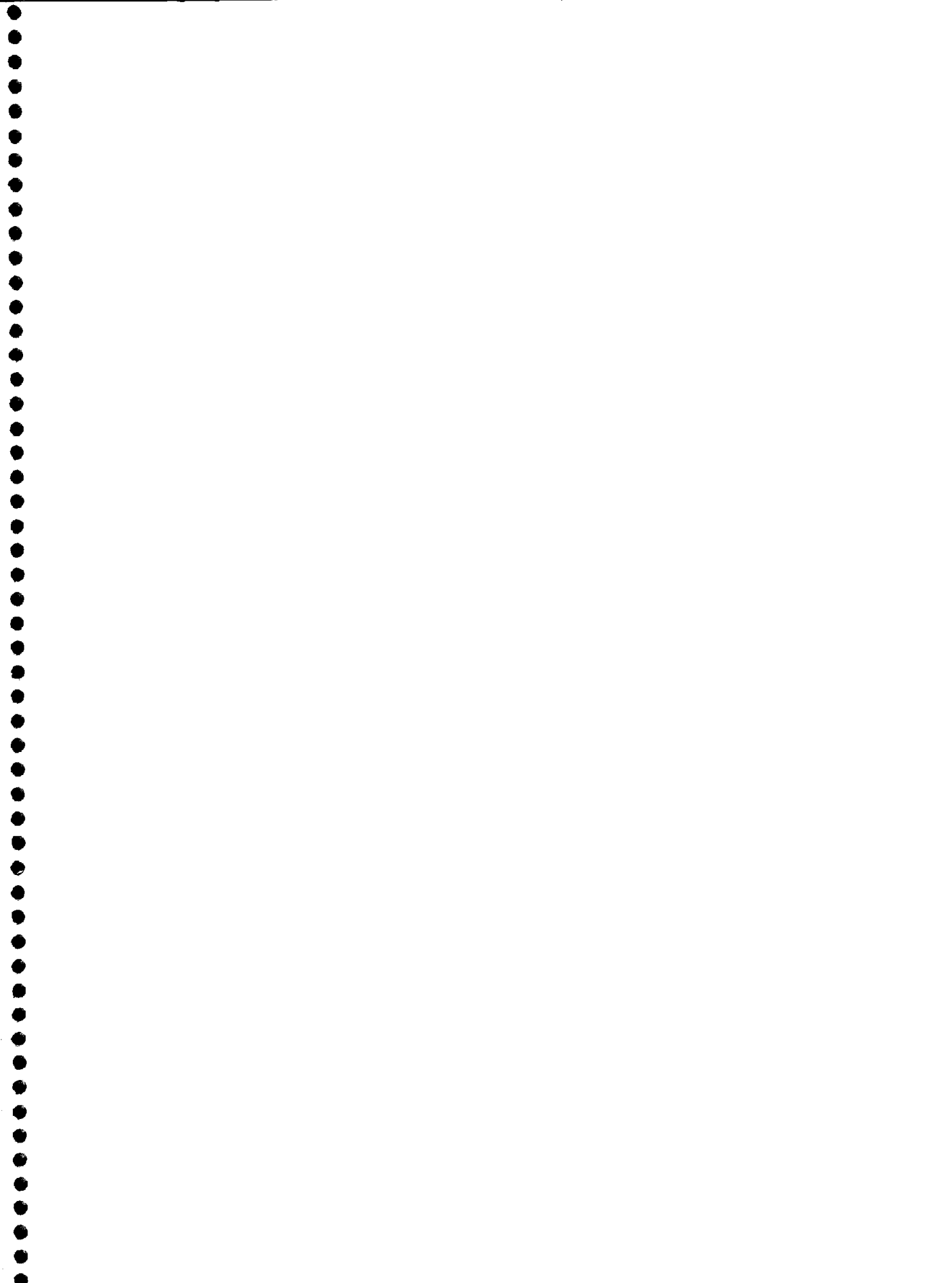
Comunidad Valenciana

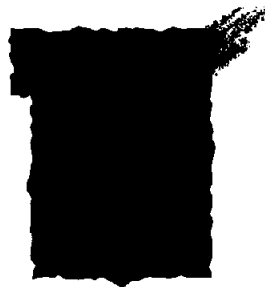
c/ Paz, 23 - 4º pl. 4º A
46003 - VALENCIA
Tel. 96 / 392 03 00 - 392 03 08











PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Delegación del Gobierno para el
Plan Nacional Sobre Drogas

EN COLABORACION CON:



Instituto Nacional de la Salud



Dirección General de Farmacia
y Productos Sanitarios