DESCRIPCION DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA EN CONSUMIDORES DE HEROÍNA.

ESTUDIO DOCUMENTAL E ILUSTRACION DE LOS CASOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DE LA CLÍNICA LAS AMÉRICAS ENTRE LOS AÑOS 1995 A 2006, EN LA CIUDAD DE MEDELLIN.

INTEGRANTES:

ALEJANDRA BETANCUR

TATIANA CARDENAS

ASESOR METODOLÓGICO

MARÍA EUMELIA GALEANO MARÍN

ASESOR TEMATICO:

Dr. HUGO ALBERTO GALLEGO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
ESPECIALIZACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA
COHORTE XVI
MEDELLIN
2007

TABLA DE CONTENIDO

Introducción 7

1. Memoria Metodológica 9

2. GENERALIDADES DE LA HEROÍNA: 13

2.1 Historia de la Heroína 13

2.2 Consumo de Heroína 15

2.3 Qué es la Heroína 17

2.3.1 Tipos de Heroína 17

2.4 Efectos básicos 18

2.5 Formas de consumo 19

2.6 Sintomatología y complicaciones 21

2.6.1 Síndrome de abstinencia en opiáceos 21

2.6.2 Síndrome de abstinencia en consumidores de heroína 22

2.6.3 Síntomas y signos del síndrome 26

2.6.4 Sobredosis 28

2.6.5 Complicaciones por sobredosis 32

2.7 Métodos de tratamiento 33

2.7.1 Tratamiento sustitutivo con metadona 33

2.7.1.1 Ventajas de este tratamiento 35

2.7.1.2 Inconvenientes de este tratamiento 35

2.7.2 Desintoxicación facilitada 36

2.7.3 Desintoxicación rápida 37

2.7.4 Desintoxicación con Buprenorfina 37

3. CONCLUSIONES **39**

4. RECOMENDACIONES **43**

5. BIBLIOGRAFIA **44**

6. ANEXOS: **47**

1. **Entrevistas a Expertos** **47**
2. **Casos Clínicos** **54**

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, de corte documental, acude a dos técnicas básicas de recolección de información: la revisión documental y la revisión de archivos que permite: “rastrear, ubicar, inventariar, seleccionar y consultar las fuentes y los documentos que se van a utilizar como materia prima de una investigación”. (Galeano, 2004).

Esta monografía tiene como fin hacer referencia a la descripción del Síndrome de Abstinencia en consumidores de heroína y un estudio documental, que será ilustrado por medio de 10 casos de pacientes atendidos en urgencias de la clínica las Américas de la ciudad de Medellín, entre los años 1995 y 2006.

La investigación está dividida en cinco capítulos: el primero hace referencia a la historia de la heroína; el segundo al consumo de ésta y sus diferentes vías de administración. Luego, en su orden, se relacionan las diferentes sintomatologías y complicaciones que presentan los usuarios de esta sustancia psicoactiva. El siguiente hace referencia al Síndrome de

Abstinencia; y en el último se describen los métodos de tratamiento utilizados para el manejo del Síndrome de Abstinencia.

1. MEMORIA METODOLÓGICA

1. 1 PLANTEAMIENTO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo hace referencia a la descripción del Síndrome de Abstinencia en consumidores de heroína. En él, a través del rastreo, ubicación y clasificación de la revisión documental, se lograron confrontar los diez casos atendidos en urgencias de la clínica de las Américas de la ciudad de Medellín entre 1995 y 2006, con el marco teórico.

La importancia de hacer una revisión al tema propuesto es la de señalar la problemática, la cual crece generando daños que inciden en los ámbitos individual, familiar y social. Se hace necesario, entonces, conocer los referentes conceptuales sobre el manejo y la incidencia del Síndrome de Abstinencia para hacer un abordaje de la problemática acorde la las dimensiones actuales.

La heroína es una droga altamente adictiva, entendiendo la dependencia como *"un estado fisiológico de neuroadaptación producido por un patrón desadaptativo del uso de unas sustancias que conduce a un deterioro o a un malestar clínicamente significativo"* (DSV IV).

Se debe tener en cuenta, además, que existen otros riesgos debido a la forma como se administra la sustancia, lo que coloca al usador-abusador en un peligro mayor de contraer enfermedades infectocontagiosas como son la hepatitis B y sida, VIH. Adicionalmente, la falta de higiene y cuidados, el uso de jeringuillas, la poca educación en salud sexual y reproductiva en la población ponen en alto riego a la comunidad, a las familias de los adictos y a esa misma población.

Existe una necesidad real de todas las personas y organizaciones interesadas en el tema de las drogodependencias - entidades gubernamentales, centros universitarios y profesionales de todas las disciplinas -, para que se discuta sobre los métodos de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y sobre cuál debe ser el manejo que se le da a los abusadores de ellas, fundamentalmente en el caso particular de la heroína, teniendo en cuenta las implicaciones para la salud pública.

Por lo anterior, se hace necesario hacer un trabajo de revisión teórica sobre la heroína, centrado en el Síndrome de Abstinencia, el cual será ilustrado por medio de los casos clínicos, en los que se evidencian claramente los signos, los síntomas y el manejo que requiere el paciente en el área urgencias, antes de ser remitido a un proceso terapéutico o comunidad.

A través de la revisión teórica – documental y de los archivos e historias clínicas, se pretendió analizar y describir la información obtenida de los 15 pacientes atendidos por urgencias en la Clínica las Américas, por consumo de heroína, de los cuales se escogieron 10 de los casos porque cumplen con los criterios de selección para el trabajo, toda vez que consultaron por el Síndrome de Abstinencia a Opiáceos. Se logró así configurar un texto que habla sobre el consumo de heroína, sus manifestaciones y, en especial, el manejo de Síndrome de Abstinencia, y se dejaron como soporte los casos seleccionados.

De igual manera, con el trabajo se intentó aportar a la construcción de algunos referentes conceptuales del síndrome de abstinencia del consumo de heroína tales como:

- Enunciar la sintomatología del Síndrome de Abstinencia a Opiáceos y las complicaciones médicas del consumo de heroína.
- Describir los diversos métodos de tratamiento utilizados para el manejo del síndrome de abstinencia en consumidores de heroína.

Se presentaron algunas limitaciones tales como no contar con el testimonio y el seguimiento de los casos, puesto que la información contenida en las historias clínicas se limitaba solamente al tiempo que fueron atendidos en urgencias y no hay un rastreo posterior de lo que sucede con los pacientes.

Se efectuaron 3 entrevistas, a través del correo electrónico, a expertos que aportaron desde su experiencia, y se encontró que la sintomatología de los

pacientes coincide con lo que se plantea en los textos académicos sobre el tema.

2. GENERALIDADES DE LA HEROÍNA

2.1 Historia de la Heroína: “diacetilmorfina”

Antes de iniciar el tema de la heroína (diacetilmorfina), se debe comenzar por los opiáceos que constituyen uno de los grupos de sustancias más importantes en la actualidad, todos derivados del opio (papaver somniferum). *“El consumo de opio está documentado en el año 4000 A.C. en la ciudad sumeria de Uruk, en la baja Mesopotamia, y en el año 1550 A.C., en Egipto, donde se hacían hasta 500 remedios con el mismo”*.

“La historia de la utilización del opio es casi tan antigua como la del hombre. Así lo prueban los hallazgos de semillas y frutos de adormidera fosilizados en viviendas lacustres prehistóricas”. (Martínez y Rubio, 2002)

Además, el uso de los opiáceos ha tenido, históricamente, una connotación que trasciende la medicina y los problemas de adicción. *“Las guerras del opio entre los ingleses que lo cultivaban y manufacturaban en la India, y lo introducían y vendían en China en grandes cantidades, son un ejemplo remoto de los enormes intereses comerciales que subyacen al tráfico de drogas, no únicamente a nivel ilegal sino también a veces legal”* (Escohotado, 1989). La extensión de su consumo y la descripción de sus efectos está contenida en múltiples libros, entre los que destacaríamos el de Thomas de Quincey, quien en 1821 escribió “Confesiones de un inglés comedor de opio”, en el que narra los distintos efectos que produce en el

organismo y la destrucción que su dependencia produce a la persona. (Lorenzo, 1993)

Un derivado del opio Morfina es el principal alcaloide del opio, (el nombre de alcaloide procede del legendario álcali de los árabes). El nombre de morfina se le puso en honor a Morfeo, dios del sueño, dado su capacidad de producir sopor a determinadas dosis. (Moro y Leza, 1998). La sustancia, descubierta por Serturner en 1803, tiene excelentes cualidades para aliviar el dolor y, en la actualidad, es una terapéutica habitual en cánceres terminales. Muchos la consideran como el mejor analgésico natural que se conoce.

Los primeros "morfinómanos" eran fundamentalmente profesionales de la medicina, pero las guerras, la aparición de la jeringa y su poder analgésico, permitieron una rápida difusión de la misma.

La heroína es un *"derivado semi-sintético del opio, introducido en terapéutica en 1898 por Bayer como antitusígeno y analgésico, supuestamente, desprovisto de acción adictógena, lo que sería útil como alternativa de la morfina. Es evidente que, en este último aspecto, el descubrimiento de la heroína constituyó un fracaso terapéutico.*

La heroína y su metabólico activo 6-mono-acetil-morfina (6-MAM), que posteriormente se hidroliza a morfina, se caracterizan por su alta liposolubilidad, por lo que penetran en el cerebro más fácilmente que la morfina; a esto se debe su intenso efecto analgésico, euforizante y adictógeno. Debido a esta capacidad de generar dependencia, y a pesar de su gran eficacia analgésica, no es útil en terapéutica, y ha sido retirada de la mayoría de las farmacopeas del mundo. Sólo tiene interés toxicológico por ser el principal compuesto responsable de la drogodependencia opiácea. (Becoña, 1997)

2.2 Consumo de Heroína:

De acuerdo con Castaño (2002), *"los primeros indicios de consumo de heroína en Colombia, sin determinar muy claramente la vía de administración, datan del año 1993, cuando se incluye por primera ve en el cuestionario de preguntas del primer estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias Psicoactivas, donde se reportó una prevalencia anual de seis personas por diez mil en su mayoría hombres (80%).*

Estudios más recientes, 1999 -2000, llevados a cabo en población universitaria, en jóvenes de las principales ciudades capitales y en su

población carcelaria, alertan sobre el consumo, aunque todavía en proporciones de prevalencia bajas, sin embargo, la alta disponibilidad de heroína en Colombia y los incrementos importantes observados en los últimos años, hacen temer consumos de características de epidemia, pues este ha sido la evolución que ha tenido el consumo en otros países". (Castaño, 2002)

Las premoniciones del doctor Castaño parecen estarse cumpliendo. Un estudio promovido por la Dirección Nacional de Estupefacientes, el primero de este tipo que se realiza en América Latina, encontró que de 96 personas en tratamiento por problemas con drogas entrevistados en 7 ciudades de Colombia, 21 eran consumidores de heroína. (DNE, 2007)

"Las cifras de la heroína deben alertar a las autoridades sobre lo que puede ocurrir en un futuro muy cercano, porque es muy llamativo que el 22% de los encuestados en un estudio, sean consumidores de esta droga que es un fenómeno reciente en Colombia y supuestamente con prevalencias de uso muy bajo" consideró el Doctor Augusto Pérez Gómez, director de la Corporación Nuevos Rumbos, entidad que realizó la investigación. (DNE, 2007)

2.3 Qué es la heroína

"La heroína es un derivado del opio, concretamente de la planta de la amapola, cuya cápsula se llama 'adormidera', de la que se extrae una resina llamada 'pan de opio', que es la sustancia activa. Es además un opiáceo semi-sintético.

Se presenta como un polvo cristalino blanco, inodoro, muy fino, aunque su aspecto puede variar dependiendo de los procesos de purificación a los que haya se haya sometido, y se vende en dosis individuales.

Actúa como un depresor del sistema nervioso central (SNC), es relajante. En un principio, produce una sensación de intenso placer ('flash') y euforia, seguido de apatía y somnolencia. Tras un período de consumo, la sensación es de bienestar, de estar en un sueño alejado de todo.

El individuo que la toma desarrolla una tolerancia y dependencia de forma muy rápida, ya que posee un alto poder adictivo". (Psicoactiva, 2007)

2.3.1 Tipos

- ***"Heroína marrón:*** *es un tipo de heroína que proviene de África. Se debe calentar antes de disolverla y se acostumbra a usar una cuchilla para eso; se pone la dosis encima y se calienta con un encendedor por debajo de la cuchilla. Se disuelve en ácido cítrico (zumo del limón). Su utilización es muy engorrosa y, además, el ácido cítrico puede quemar*

las arterias. Actualmente, se suministra el ácido cítrico en polvo a los heroinómanos, para que su uso sea más higiénico.

- ***Heroína blanca:*** *es un tipo de heroína de más fácil disolución, ya que se hace con agua destilada u otros líquidos. Se suele disolver en un tapón de botella y se carga con un filtro de cigarrillo pelado para que los grumos de la dilución no pasen a la jeringa. Este filtro es guardado por los heroinómanos porque después de 8 o 9 tomas pueden extraer la droga que ha ido quedando y tienen una dosis extra".* (Psicoactiva, 2007)

2.4 Efectos básicos

Los estudios realizados con morfinómanos indican una elevación del estado de ánimo y una sensación placentera de bienestar asociada a su consumo. Al tiempo que es un analgésico eficaz, también es un potente depresor de los centros respiratorios y la tos. Produce un intenso estreñimiento y la característica miosis o constricción pupilar. (NIDA, 2007)

Es importante resaltar que, de acuerdo con los estudios realizados, los efectos de la heroína y la morfina son similares; lo que no se ha aclarado es la mayor preferencia de la primera respecto a la segunda. La principal diferencia entre ambas drogas es la mayor potencia de la heroína, ya que un gramo equivale entre 1,80 y 2,66 de morfina (en sulfato).

“La heroína, diacetil morfina, es un opiáceo de gran intensidad, superior incluso a la morfina dado que atraviesa la barrera hematoencefálica mucho más rápidamente que ésta, produciendo una mayor toxicidad neuropsíquica.

Es sin duda una de las más peligrosas drogas, de mayor difusión y cuya dependencia más rápidamente se contrae (dos a tres semanas). Sus efectos se sienten a los 10 minutos de la ingesta, alcanzando el cenit a los 60, y cesando a las 3 ó 4 horas”. (Freixa, 1981).

2.5 Formas de Consumo

En cuanto a su consumo, existen varias vías de administración pero la más habitual, sobre todo en Colombia, parece ser la esnifada. De todas maneras, “*los toxicómanos acostumbran a consumirla mezclándola con otras sustancias, como cocaína, anfetaminas o cánnabis. Ante el SAB, mitigan sus efectos con benzodiacepinas.*

La dosis analgésica mínima es de 5 miligramos por vía intramuscular, lo que implica que cada gramo posee unas 200 dosis medias, lo cual ilustra sobre le consumo habitual adulterado.

La mezcla tiene un doble objetivo, la adulteración que ejerce el narcotraficante y la aminoración de los efectos, de tal suerte que la ingestión de heroína en estado de alta pureza puede causar la muerte. La mezcla o corte acostumbra a ser con otras drogas como anfetaminas (de corte inferior) o excipientes tales

como el yeso, talco, quinina y estricnina, sustancias que son fáciles de confundir con el elemento principal.

La sustancia que se administra es el fruto de una elaboración que el adicto confecciona, mezclando el polvo de la droga con agua, normalmente en una cuchara, donde se disuelve por la acción del calor.

Cuando la forma de administración es fumada se observa un cambio en la conducta del toxicómano que lo hace más sociable, probablemente por haberla compartido, ampliando su sociabilidad.

Tomada por la vía nasal o fumada, la heroína se asemeja en sus efectos a la morfina. La toma endovenosa provoca los siguientes efectos: inmediatamente después de la inyección, en forma explosiva, una gran sensación de placer recorre el cuerpo, muy intensa y novedosa; es el denominado 'flash' que muchos toxicómanos comparan con un orgasmo pero de más duración e intensidad. Se asegura que éste es uno de los motivos por los que los adictos a esta droga abandonan las prácticas sexuales, al ser la heroína una fuente de placer superior". (Sanz de la Garza,1996)

Durante los últimos años, el consumo de esta droga en Colombia ha venido aumentando, lo que ha generado la alarma en la mayoría de las instituciones que tienen relación con el consumo de sustancias sicoactivas. En términos generales, el consumo en nuestro país viene siendo el esnifado, al parecer, con

el fin de evitar el contagio de enfermedades como Hepatitis y SIDA, por compartir agujas.

2.6. Sintomatología y complicaciones

2.6.1 Síndrome de abstinencia a opiáceos

"El síndrome de abstinencia a opiáceos (SAO) aparece cuando un individuo ha adquirido tolerancia a los opiáceos e interrumpe de forma absoluta o relativa la administración de esa sustancia (…) La intensidad el SAO puede variar dependiendo de la dosis utilizada, el grado de acción sobre el SNC, la duración de la utilización crónica y de la proporción de receptores que van quedándose desocupados". (Martínez y Rubio, 2002)

2.6.2 Síndrome de Abstinencia en consumo de heroína: (SAB)

Antes de hablar sobre el Síndrome de Abstinencia en consumo de Heroína, se deben tener en cuenta los conceptos referidos al uso y abuso de sustancias psicoactivas. Según lo planteado por la Organización Mundial de la Salud, OMS, en 1992, *"droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del*

individuo y es, además, susceptible de crear dependencia ya sea psicológica, física o ambas".

Drogodependencia es el conjunto de fenómenos cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significados con ella. Según la OMS, dependencia es un estado en el cual su autoadministración produce daños al individuo y a la sociedad. Esta definición puede incluir los conceptos de dependencia física y psicológica. En el CIE10 (OMS, 1992), se entiende como *"un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto".* (Belloch, 1995)

Igualmente, existen unos criterios clínicos para diagnosticar la dependencia de sustancias de acuerdo al DSM-IV y DSM-IV-TR como son:

"Un patrón adaptativo de sustancia que conlleva a un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más ítems siguientes en algún momento de un periodo continúo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- *Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.*
- *El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con su consumo continuado.*

2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- *El síndrome de abstinencia característico para la sustancia.*
- *Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.*

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.

4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo". (Rodés y Guardia, 2004)

Como se puede deducir, *“uno de los efectos más perjudiciales de la heroína es la adicción en sí. La adicción es una enfermedad crónica con recaídas, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de drogas y por cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro. Asimismo, la heroína produce un grado profundo de tolerancia y dependencia física, los que también son factores poderosos que motivan su uso compulsivo y abuso. Al igual que con las personas que abusan de otras drogas adictivas, los abusadores de heroína, gradualmente, gastan cada vez más tiempo y energía obteniendo y usando la droga. Una vez adictos, el propósito primordial en la vida del abusador de heroína se convierte en la búsqueda y el uso de la droga. Las drogas, literalmente, cambian sus cerebros y comportamiento”.* (NIDA, 2007)

De esa forma, como señala Sanz (1996), el denominado Síndrome de Abstinencia origina la necesidad física y sicológica de tomar la droga, lo que provoca desordenes tanto orgánicos como psicológicos.

De acuerdo con los estudios adelantados en las últimas décadas, *“la heroína se adhiere a los centros de eliminación del dolor del cerebro, conocido como los receptores µ, y al sistema de recompensa cerebral. Los efectos inmediatos son la eliminación del dolor**,** somnolencia y sensación de bienestar. Pero, con el uso prolongado de heroína**,** el cerebro deja de producir sus propios opiáceos*

(endorfinas y encefálicas) y empieza a confiar en que esta droga exógeno maneje las funciones fisiológicas encomendadas, en principio, a estas sustancias naturales del cerebro. Es decir, el organismo empieza a depender de la heroína para funcionar "normalmente". Por eso, cuando se deja de consumir heroína después de un tiempo prolongado de uso, el organismo, sin heroína y sin las sustancias naturales que ha dejado de producir durante el consumo, sufre alteraciones que son conocidas como Síndrome de Abstinencia a la heroína.

En definitiva, el organismo se ha acostumbrado a la presencia de la heroína (se ha vuelto dependiente) para activar el sistema de recompensa cerebral. Cuando cesa el consumo de esta droga, al dejar la heroína, ese sistema de recompensa carece de la sobreestimulación habitual y, por tanto, no es capaz de activarse. El resultado es el Síndrome de Abstinencia, lo más opuesto al placer; síndrome que se convierte en uno de los principales obstáculos para la recuperación de la adicción a la heroína y cuyos síntomas físicos hacen que muchos adictos vuelvan a buscar la droga para no sentir ese malestar. De hecho, para muchos investigadores, el temor al Síndrome de Abstinencia es uno de los motivos centrales para continuar consumiendo heroína, junto al profundo y compulsivo deseo de droga que produce la adicción". (TAVAD, 2007)

2.6.3 Los signos y síntomas del Síndrome de Abstinencia a Opiáceos

"Los síntomas del Síndrome de Abstinencia después de dejar la heroína son los opuestos a los efectos farmacológicos de esta droga y se pueden equiparar a un caso grave de gripe, siempre dependiendo de cada historia personal de consumo de heroína. Por otro lado, la gravedad de la abstinencia depende también de la dosis y la vía de administración de la heroína.

Parece que buena parte de los síntomas físicos se deben a la actividad de una parte del tallo cerebral llamada locus coeruleus. La heroína paraliza esta área, que se vuelve hiperactiva cuando se interrumpe el consumo de droga. El locus coeruleus es un centro importante del sistema cerebral de alarma y activación, y su hiperactividad se correspondería con la marcada ansiedad y agitación que se producen durante el síndrome de abstinencia. Es un síndrome que suele comenzar a las seis u ocho horas tras la última dosis de heroína y que se agudiza entre las 48 y las 72 horas posteriores a esta última dosis, prolongándose normalmente una semana". (Becoña, 1997)

Durante la fase inicial del Síndrome de Abstinencia de heroína se experimentan rinorrea, lagrimeo, bostezos, ansiedad y sudoración excesiva, que aparece entre las 8 – 12 horas tras la ultima dosis del opiáceo.

En la fase intermedia, se registra midriasis, piloerección, sudoración, taquicardia, dolores musculares, temblores, ansiedad e inquietud, irritabilidad y agitación psicomotriz.

Durante la fase tardía, los pacientes sufren de calambres musculares, fiebre, náuseas, diarrea, vómitos, eyaculación espontánea e hiperglucemia.

El siguiente cuadro (Martínez y Rubio, 2002), resume en forma clara los síntomas y signos del SAO.

Fase inicial 8 – 15 horas	Fase intermedia 16 - 24 horas	Fase tardía 48 - 72 horas	Retardada Meses
Lagrimeo	Midriasis	Insomnio	Trastornos conductuales
Rinorrea	Diaforesis	Pabrícula	Intolerancia al setrés
Sudoración	Piloerección	Náuseas	Hipersusceptibilidad
Ansiedad	Algias difusas	Vómitos	Pobre autoestima
Bostezos	Anorexia	Diarrea	
Craving	Irritabilidad	Taquipnea	
	Escalofríos	Abdominalgia	
		HTA	

2.6.4. Sobredosis

De acuerdo con investigaciones realizadas recientemente, morir de sobredosis es el mayor riesgo de todos los heroinómanos. Científicos italianos realizaron una investigación en la que se demuestra que los adictos que se abstuvieron del consumo de heroína durante un lapso de cuatro meses, presentaron más riesgo de morir de sobredosis cuando volvieron a consumir la droga.

"Los científicos desconocen la razón por la que una persona que no ha consumido heroína durante un tiempo es más susceptible a la sobredosis mortal, pero 'parece que una menor tolerancia después de un periodo de abstinencia o una menor tolerancia combinada con el consumo irregular de heroína conducen a un aumento del riesgo de morir por culpa de la droga', destacan los autores del trabajo, liderados por el doctor Franco Tagliano, del Instituto Forense de la Universidad Policlínica de Verona, Italia. (Matey, 1998)

La sobredosis es una causa de muerte común entre los heroinómanos, pero se desconocen las razones por las que algunos fallecen y otros no. La heroína, que se convierte en morfina en el organismo, interrumpe la respiración y se cree que ésta es la principal causa de muerte en los casos de

sobredosis. Pero hay otros factores: diferencias en la tolerancia de los usuarios; interacciones con otras drogas (como el alcohol) y reacciones a los contaminantes de la propia droga". (Matey, 1998)

Cabe recordar que, en sentido estricto, sobredosis es un término que se refiere a la administración de una cantidad de droga suficientemente elevada como para producir una intoxicación aguda; en sentido amplio, el término se refiere a la aparición de un coma o una reacción adversa aguda, a veces mortal, asociada a una inyección de drogas por vía intravenosa.

No obstante, como lo advierten Salado y Rubio, (2002), el concepto de sobredosis es enormemente variable, y depende no sólo de la cantidad de droga consumida y de la pureza de ésta, sino además del estado físico del paciente, de la posible presencia de otras sustancias y de la tolerancia desarrollada por lo habitual consumo.

La sobredosis *"suele cursar en dos fases: la de excitación, con zumbidos de oídos, actividad sensorial exaltada, inquietud, agitación, mirada brillante, sed intensa, pulso y respiración amplios, lentos e intermitentes, estados de lucidez, etc., y la fase de depresión (la más manifiesta): con un coma profundo, miosis intensa (con la anoxia evoluciona a midriasis), depresión*

respiratoria (dos-seis respiraciones por minuto), colapso, hipotermia y anuria. (Becoña, 1997)

"En casos de sobredosis suele haber coma, depresión respiratoria intensa, pupilas puntiformes (no con meperidina) y edema pulmonar. El efecto tóxico cardiopulmonar más grave debido a la intoxicación aguda por heroína, corresponde al edema agudo de pulmón… Dependiendo del tiempo transcurrido, el paciente puede estar cianótico y con frialdad en extremidades. La tensión arterial está descendida y sólo cae dramáticamente cuando se produce una severa anoxia, que se acompañará de dilatación pupilar. Las arritmias cardíacas se han relacionado con la anoxia y con la presencia de quinina como adulterante de la droga.

El peligro más importante de la sobredosis lo constituye la depresión respiratoria, que tiene su punto máximo a los 7 minutos de la autoadministración intravenosa, a los 30 de la administración intramuscular y 90 de la administración subcutánea. El cuadro remite, en caso de no fallecer, después de 2 – 3 horas. (Martínez y Rubio, 2002)

Los estudios han demostrado, sin embargo, que los casos de muerte por sobredosis de heroína no son demasiado frecuentes en consumidores habituales, y que se presentan más en sujetos deshabituados.

"La sobredosis, sin embargo, debe ser considerada en general como un cuadro grave, potencialmente mortal, y su tratamiento se realizará siempre en un medio hospitalario y, a ser posible, en una Unidad de Cuidados intensivos con monitorización continua". (Martínez y Rubio, 2002)

2.6.5 Complicaciones por sobredosis

En relación con los síntomas de sobredosis de opiáceos, Martínez y Rubio, (2002) sostienen que *"las complicaciones médicas de la intoxicación aguda por opiáceos derivan de la acción de éstos como depresores del sistema nervioso central y del centro de control de la respiración. Además de la depresión respiratoria, pueden aparecer otras complicaciones más difíciles de tratar. La hipoxia prolongada puede producir una hipotensión severa y más signos de colapso cardiorespiratorio, siendo precisa en estos casos la administración de líquidos i.v. y de fármacos cardiotónicos. En estos casos de hipoxia severa es frecuente encontrar una midriasis (dilatación pupilar) en vez*

de la característica miosis a asociada a la intoxicación por opiáceos. La depresión respiratoria severa frecuentemente se complica con edema agudo de pulmón, que no responde a la aplicación de diurético ni de naxolona, y cuyo tratamiento requiere la administración de oxígeno al 100 % y ventilación asistida con presión positiva. Otras complicaciones descritas con sobredosis de opiáceos son la hipotermia (favorecida por la vasodilatación periférica y la hipotonía muscular); la necrosis muscular (rabdomiósis) que suele complicarse con insuficiencia renal; y las convulsiones (más frecuentes con metadona o dextropropoxifeno)".

2.7 Métodos de tratamiento utilizados para el manejo del Síndrome de Abstinencia

Como para cualquier otro tóxico, los tratamientos para la desintoxicación de opiáceos buscan fundamentalmente que el paciente cese el consumo de la droga, con el fin de evitar, o reducir al mínimo, el síndrome de abstinencia.

"Existen básicamente cuatro estrategias farmacológicas, aconsejadas por la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) para el tratamiento de la abstinencia a opiáceos:

2.7.1 Tratamiento sustitutivo con metadona*: El clorhidrato de metadona es un agonista opiáceo que comparte los mismos mecanismos de acción y efectos que la heroína, por lo que la sustitución de uno por el otro, a dosis equivalentes, no se acompaña de ningún síndrome de abstinencia. Las principales ventajas son la vida media más larga de la metadona (que se traduce en una mayor duración y estabilidad de sus efectos), su administración por vía oral, y su menor potencial sedante o euforizante, por lo que a las dosis habituales no produce ninguna alteración en la capacidad intelectual.* (Martínez y Rubio, 2002)

Puede decirse que con este tipo de tratamiento se pretende evitar el Síndrome de Abstinencia, administrándose otro agonista opiáceo (metadona) en dosis equipolentes, que progresivamente se van reduciendo hasta su total eliminación.

La dosis de metadona variará en función del grado de dependencia opiácea, de las condiciones médicas del paciente y del tipo de droga que consume (1 mg de metadona por vía oral puede sustituir la administración parenteral de 4 mg de morfina, 2 mg de heroína o 20 mg de meperidina). Normalmente se administran tres dosis diarias.

La dosis a aplicar dependerá también de la fase en la que se encuentre el paciente, y variará de la siguiente manera:

Grado I: Síntomas/signos: lagrimeo, rinorrea, diaforesis, bostezos, agitación, insomnio; dosis inicial: 10 – 15 mg.

Grado II: Síntomas/signos: midriasis, piloerección, contracturas, calambres, mialgias, artralgias; dosis inicial: 15 – 20 mg.

Grado III: Síntomas/signos: taquicardia, fiebre, HTA, anorexia, náuseas, agitación; dosis inicial: 2- 25 mg.

Grado IV: Síntomas/signos: diarrea, vómitos, deshidratación, hiperglucemia, hipotensión: dosis inicial: 25- 45 mg.

La dosis debe rebajarse un 10 % cada dos días. No más de 20 días de tratamiento. Los tratamientos más prolongados (por encima de 21 días) se consideran de mantenimiento.

2.7.1.1 Ventajas en este tratamiento:

El índice de retención por parte de los heroinómanos en estos programas es superior que con otros fármacos, lo que permite un apoyo psicoterapéutico prolongado que mejora, en gran medida, los índices de reinserción. Además, disminuyen las complicaciones orgánicas secundarias a la adicción como el SIDA o los casos de sobredosis. De igual forma, permite mantener una

estructura laboral y familiar estable y puede disminuir la criminalidad asociada y aumentar la calidad de vida.

2.7.1.2 Inconveniente en este tratamiento:

No hay que olvidar que los tratamientos con metadona son una sustitución de un opiáceo por otro, pero se mantiene la dependencia y puede aparecer el Síndrome de Abstinencia tras la retirada del agonista. Igualmente, se describe un consumo elevado por parte de estos pacientes de otras drogas (cocaína, sedantes, etc., en algunas series publicadas, hasta el 30% de pacientes en PMM toman cocaína) para obtener la euforia que no consiguen con la metadona. Los tratamientos son, a veces, muy duraderos; las recidivas siguen siendo elevadas y los resultados no son espectaculares. Además, aparece un mercado ilegal de metadona.

"*En definitiva, los PMM deben ser considerados como un recurso asistencial más, útil y eficaz para un grupo determinado de pacientes adictos a opiáceos".* (Moro y Leza, 1998)

2.7.2 Desintoxicación facilitada con agonistas alfa-adrenérgicos: *"Hasta hace poco, el fármaco más usado era la clonidina (Catapresán), sustancia no opiácea, utilizada como antihipertensivo, que actúa estimulando los*

receptores adrenérgicos Alfa-2. Con este efecto se disminuye la hiperactividad del sistema noradrenérgico que es la responsable de muchos de los síntomas asociados a la abstinencia de opiáceos. En concreto, los síntomas que los agonistas Alfa-adrenérgicos disminuyen eficazmente son las náuseas y vómitos, diarrea, espasmos, sudoración y rinorrea. Sin embargo, tienen escaso o nulo efecto en el control de otros síntomas de la deprivación como los dolores musculares, el insomnio, el malestar subjetivo y el deseo de la droga (craving), por lo que no suelen ser eficaces en el tratamiento de sujetos con adicciones intensas". (Salado y Rubio, 2002)

2.7.3 Desintoxicación rápida con clonidina-naltrexona: *"se ha demostrado que el empleo combinado de clonidina y el antagonista opiáceo naltrexona es seguro y eficaz para una desintoxicación rápida de pacientes con dependencia a heroína o metadona. El tratamiento consiste en provocar un síndrome de abstinencia mediante la administración de naltrexona, y tratar éste con clonidina, con la posibilidad de añadir otros tratamientos sintomáticos como antieméticos y benzodiacepinas".* (Salado y Rubio, 2002)

2.7.4 Desintoxicación con Buprenorfina*: la Buprenorfina (Buprex) es un agonista opioide parcial. A dosis de 2-4 mg/día (vía sublingual) se comporta como un agonista, aliviando, como la metadona, los síntomas de la abstinencia; sin embargo, a dosis superiores (8 mg/día) no produce un mayor efecto subjetivo ni existe riesgo de depresión respiratoria, incluso puede comportarse como un antagonista opioide, bloqueando los efectos de la*

heroína e, incluso, precipitando un cuadro de abstinencia. El tratamiento consiste en la sustitución de la heroína por buprenorfina a baja dosis, lo que no se suele asociar a un síndrome de abstinencia importante. (Salado y Rubio, 2002)

Ahora bien, sin importar cuál de los anteriores se elija, *"el tratamiento de deshabituación para cualquier droga tiene tres objetivos fundamentales: mantener la abstinencia a largo plazo, prevenir la recaídas y rehabilitar al paciente".* (Salado y Rubio, 2002)

CONCLUSIONES

En el transcurso de la revisión bibliográfica, y teniendo en cuenta el juicio de expertos, los casos clínicos utilizados para ilustrar el Síndrome de Abstinencia, que es el tema central de esta monografía, se encontró que la sintomatología que evidencia los casos se caracteriza por la ansiedad, los cólicos, sequedad bucal, hiperpirexia (escalofríos), inquietud, lagrimeo, dolores articulares, espasmos musculares, rinorrea, sudoración excesiva, náuseas, diarrea y vómito. Todos ellos se evidencian en el marco teórico y son el resultado de una serie de signos y síntomas que se perciben a lo largo del Síndrome de Abstinencia descrito en los referentes teóricos. Entre ellos podemos citar a Becoña, (1997); Belloch y otros, (1975); Carreño y otros,

(2005); Martínez y Rubio, (2002); y Salado y Rubio, (2002). A la vez, son ilustrados en los 10 casos clínicos: (ver anexos de casos)

En los casos en los que se presenta sobredosis de heroína, generalmente aparecen otros síntomas como disforia, alucinaciones visuales, espuma rosada por al nariz, presión arterial baja, edema pulmonar agudo, taquicardia, nerviosismo, inconciencia, intoxicación, dolor de cabeza, dificultad respiratoria, apnea, bronco aspiración, desasosiego y somnolencia, esta última fundamentalmente en pacientes abusadores, cuya sintomatología es propia en sobredosis de heroína, lo que trae como consecuencia un cuadro clínico delicado, debido a la intoxicación del organismo. Al confrontar el referente teórico con la práctica, se evidenciaron dos casos en los que se produjo el deceso.

Los últimos estudios adelantados en Colombia indican que está aumentando el consumo de heroína en forma preocupante. Quizás como consecuencia del gran poder adictivo de este opiáceo, que genera dependencia al poco tiempo de comenzar a usarlo y cuyos efectos comienzan a sentirse a sólo 10 minutos de la ingesta.

Los casos analizados permiten concluir que, en nuestro medio, la principal forma de ingerir la heroína es la esnifada. No obstante, es necesario estar alertas ante la posibilidad de que se acuda a los otros dos usos conocidos, es decir, el intravenoso y el fumado con la técnica denominada “cazador de dragón”, que consiste en fumarla empleando papel de aluminio.

En lo que se refiere al Síndrome de Abstinencia de los Opiáceos, SAO, es posible advertir que éste depende en primera instancia de la dosis que haya ingerido el paciente, pero también de la vía de administración de la droga. Por obvias razones, el SAO es mucho más peligroso en pacientes con sobredosis, aunque esto también depende del índice de tolerancia, es decir, del tiempo que lleve el adicto consumiendo la heroína y la tolerancia que haya desarrollado a sus efectos.

De acuerdo con los casos estudiados, un paciente con el síndrome puede presentar fundamentalmente complicaciones por insuficiencia respiratoria y alteraciones cardíacas. Pero también pueden aparecer problemas gastrointestinales, hematológicos, hepáticos osteoarticulares, inmunitarios y del sistema reproductor.

La sintomatología de SAO es diversa y depende fundamentalmente de la fase en que se encuentre el paciente. Parece que buena parte de los síntomas físicos tiene relación con una parte del tallo cerebral denominada locus coeruleus que se paraliza con la heroína y se vuelve hiperactiva cuando no se consume la droga. Los principales síntomas son humor disfórico, náuseas o vómitos, dolores musculares, lagrimeo o rinorrea, dilatación pupilar, polierección, sudoración, diarrea, bostezos, fiebre e insomnio.

El Síndrome de Abstinencia comienza generalmente después de seis u ocho horas de haber consumido la última dosis, se agudiza entre las 48 y las 72 horas después de esa dosis y puede prolongarse hasta por una semana.

Para controlarlo, de acuerdo con los expertos consultados, los principales tratamientos son el sustitutivo con metadona, la desintoxicación facilitada con agonistas alfa-adrenérgicos, la desintoxicación rápida con clonidina-naltrexona y la desintoxicación con buprenorfina, todos ellos con resultados diversos, dependiendo de las características específicas del caso.

Para finalizar, la bibliografía encontrada apunta siempre a los mismos criterios, síntomas, signos, complicaciones y tratamiento; no se encuentran datos diferentes que señalen otras formas de administración de análogos y tratamiento. Es por ello que se tomaron como base para este trabajo los textos de los principales autores sobre el tema: Becoña, E. (1997).

Drogodependencias. España: Mc Graw Hill, y Lorenzo, P. Ladero, J. Leza, J. y Lizoain I. (ed), Opiáceos. Farmacología. Intoxicación Aguda. (pág 47 – 63). Madrid: Panamericana. Además, Martínez, Mario y Rubio, Gabriel. (2002). *Manual de drogodependencias para enfermería.* Barcelona: Díaz de Santos.

RECOMENDACIONES

Sería pertinente que se realice un seguimiento a los casos de consumo de heroína en Colombia, toda vez que el uso de esta sustancia se debe considerar un problema salud pública por ser una droga que tiene múltiples vías de administración, entre ellas la intravenosa, la cual conlleva a complicaciones infectocontagiosas más severas.

Aunque en nuestro país no es muy común el consumo de la heroína, los últimos estudios indican que éste viene aumentando. Esto hace necesario

iniciar campañas informativas sobre los efectos nocivos y los serios peligros que significa el consumo de esta sustancia. Se requiere con urgencia la implementación de campañas que prevengan el consumo, ante la inminente amenaza por el aumento en el consumo que se advierte en nuestro país.

Es también necesario desarrollar investigaciones en las Universidades y en las instituciones médicas, con el fin de indagar y conocer más acerca de esta sustancia y sus efectos. Eso permitirá, además, direccionar las campañas y reducir, en lo posible, los riesgos y los efectos para la juventud colombiana.

BIBLIOGRAFIA

- Becoña, E. (1997). *Drogodependencias*. España: McGraw Hill.
- Bellochh, A., Sandin, B., Ramos, F., (1995). *Manual de sicopatología Vol I*. (Pág. 513). España: McGraw Hill. (Córdoba, D (2001) Toxicología. Edición 4. (Manual Moderno).
- Beneit, J. y López J. 1990; *Analgésicos opiáceos y sus antagonistas*. En: Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid. *Aspectos farmacológicos y clínicos*; (páginas 21 – 44). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

- Castaño, Guillermo. (2002) *Adicciones.* *http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/drogas/opiaceos/10122/* (2007-11-19).
- Dirección Nacional de Estupefacientes. 2007. “transiciones en el consumo de drogas en Colombia”. *http://www.dnecolombia.gov.co/?idcategoria=1045.* (2007 – 11 – 18)
- Escohotado,. Antonio. (1992). *Historia de las drogas, 3*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lorenzo, P. Ladero, J. Leza, J. y Lizoain I. (ed), *Opiáceos. Farmacología. Intoxicación Aguda.* (pág 47 – 63). Madrid: Panamericana.
- Matey, Patricia. (1998) Pinchazos mortales. Elmundo.es. Suplemento de Salud y medicina. *http://www.elmundo.es/salud/301/02N0138.html* (2007-11-19)
- Moro Sánchez, M.A. y Leza Cerro, J.C. (1998). *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación.* En Lorenzo, P. Ladero, J. Leza, J. Lizasoain, I. (ed.), Opiáceos. *Farmacología*. Intoxicación Aguda. (pág. 47 – 63.) Madrid: Panamericana.
- NIDA, National Institute on drug Abuse. *The action of heroin*. http://www.drugabuse.gov/InfoFacts/Heroin-Sp.html. (2007-9-29)
- NIDA, Nacional Institute on drug Abuse. *Efectos a corto y largo plazo*. *http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Heroina/heroina3.html#complicaciones*. (2007-10-29)

- OMS, (1993) Comité de Expertos de la OMS en farmacodependencia. 28º informe. Ginebra: OMS. 1993. (Serie de informes técnicos, 836)
- Ortiz, T y Navarra, M. (1993). *Bases Psicobiológicas de la Toxicomanía opiáceos*. *Surgan, 427*(45), 7-27. Valencia.
- Psicoactiva. Heroína. *http://www.psicoactiva.com/drogas2.htm*. (2007-10-19).
- Rodés, J. y Guardia J. 2004. *Medicina interna,* volumen II, segunda edición. España: Elsevier.
- Rubio, G. Opiáceos. Historia, concepto, clasificación, farmacología y patrones de abuso de la dependencia a opiáceos. En: M. Martínez y G. Rubio. *Manual de drogodependencia para enfermería*. (105 – 129). Madrid: Díaz de Santos.
- Salado Rodríguez, J. y Rubio Valladolid, G. (2002). *Manual de Drogodependencias para Enfermería.* En Martínez Ruiz, M. y Rubio Valladolid, G. *Opiáceos III. Tratamiento y Complicaciones orgánicas de la dependencia a opiáceos*. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad, Agencia Antidrogas.
- Sanz de la Garza, J. (1996) *Trastorno mental transitorio y drogas que inciden en la impuntualidad*. (Pág 373 – 393). Barcelona: Tesys S.A – Manso.
- Tavad, 2007. *Dejar la heroína sin síndrome de abstinencia. http://www.abstinencia-heroina.com/* (2007-11-18)

ANEXOS

ENTREVISTA EXPERTO No. 1

1. ¿El síndrome de abstinencia a la Heroína es diferente a las otras drogas? ¿Si o no y por qué?

R/ Creo que el Síndrome de Abstinencia a Heroína si es diferente a los otros, por su gran variedad de síntomas, lo cual hace que para el paciente sea muy angustioso padecerlo.

2. ¿Cuál es la sintomatología y complicaciones por Síndrome de Abstinencia de Heroína en pacientes consumidores de heroína?

R/ Los signos y síntomas dependen de muchos factores:

- Tiempo de evolución de la dependencia opiácea.
- Cantidad consumida y frecuencia de uso.
- Constitución del individuo.
- Tipo de opiáceo consumido.

En el caso de la la heroína los primeros síntomas aparecen luego de 8 ó 12 horas de administración de la última dosis, con un máximo a las 48 a 72 horas y duración de 7 a 10 días

El cuadro clínico se divide en tres fases, así:

FASE INICIAL (8-12 h)	**FASE INTERMEDIA (48-72 h)**	**FASE TARDÍA (7-10 DÍAS)**
Bostezos	**Midriasis**	**Calambres musculares**
Lagrimeo	**Diaforesis**	**Fiebre**
Rinorrea	**Pilo erección (piel de gallina)**	**Nauseas**
Sudoración	**Taquicardia**	**Vómitos**
Ansiedad	**Fasciculaciones y mialgias**	**Diarrea**

	Temblores	**Espasmos intestinales**
	Ansiedad e irritabilidad	**Orgasmos**
	Agitación psicomotriz	**Eyaculación espontánea**
	Anorexia	**Hiperglicemia**
	Insomnio	

También debe tenerse en cuenta que los pacientes que se inyectan tienen síndromes de abstinencia más intensos que quienes utilizan la sustancia inhalada.

Entre los pacientes que he atendido hay además gran adinamia y disforia.

3. ¿Cuáles son los autores más representativos en el estudio de la heroína:

R/ No sé cuáles sean los autores especialmente reconocidos en el estudio de este tema.

ENTREVISTA EXPERTO No. 2

1. ¿El síndrome de abstinencia a la Heroína es diferente a las otras drogas? ¿Si o no y por qué?

R/ El Síndrome de Abstinencia a la Heroína sí es diferente al de otras drogas caracterizándose básicamente por síntomas relacionadas con los efectos que la heroína produce y relacionados con el dolor.

2. ¿Cuál es la sintomatología y complicaciones por Síndrome de Abstinencia de Heroína en pacientes consumidores de heroína?

R/. Los principales síntomas del Síndrome de Abstinencia a la heroína son: pilo erección (piel de gallina), rinorrea (moqueadera), dolores y calambres, entre otros. Además, a pesar del malestar que produce no se tienen reportes de muertes por Síndrome de Abstinencia a la Heroína.

3. ¿Cuáles son los autores más representativos en el estudio de la heroína:

R/ En cuanto a los autores más representativos no podría decirte nombres específicos.

ENTREVISTA EXPERTO No. 3

1. ¿El Síndrome de Abstinencia a la Heroína es diferente a las otras drogas? ¿SI o No y Por qué?

Sí. Recordad que sólo las sustancias depresoras del SNC producen un síndrome de abstinencia físico. Esto se debe a que los receptores opiáceos del organismo se ven depletados (sin opioides endógenos, y exógenos) y aparece

por tanto malestar, dolor, así como una descarga noradrenérgica, que es la responsable de los síntomas y signos. Por ello es que son útiles como medicamentos los bloqueadores alfa – adrenérgicos (clonidina). Algo similar ocurre con el Síndrome de Abstinencia al alcohol – SAA - , y por ello también puede ser útil la clonidina, solo que los signos y síntomas en el Síndrome de Abstinencia a Opiáceo – SAO-, son muy particulares.

2. ¿Cuál es la sintomatología y complicaciones por Síndrome de Abstinencia de Heroína en pacientes consumidores de heroína?
R/ El Síndrome de Abstinencia a la heroína es muy particular. Inicia muy temprano, después del ultimo consumo 6 a 8 horas, y se caracteriza por malestar general, rinorrea, lagrimeo, cambios en la temperatura corporal, piloerección, dolores musculares, especialmente en espalda, caderas y muslos; ansiedad y un deseo intenso pro consumir la siguiente dosis de heroína. Alcanza su sintomatología más florida a las 36 ó 48 horas y luego empieza a disminuir, hasta desaparecer completamente.

La única complicación posible, en caso de no atenderse con hidratación suficiente, es la deshidratación, de resto no hay ninguna otra complicación, excepto que la persona tenga una enfermedad física o mental agregada, la cual puede exacerbarse y producir complicaciones. De resto el SAO (Síndrome de abstinencia a opiáceos), no plantea, si no se hace tratamiento, ningún riesgo para la vida del usuario. Pese esta realidad siempre es conveniente realizar un tratamiento de desintoxicación, pues éste constituye un acto médico humano,

ya que existen los medicamentos para ello y además puede conseguir que el usuario, al hacérsele más fácil su desintoxicación se enganche a un programa de deshabituación.

3. ¿Cuáles son los autores más representativos en el estudio de la heroína:

- Fernández Miranda JJ; Pereiro Gómez C. (2007). Guía Clínica para el tratamiento de la dependencia a opiáceos. Socidrogalcohol, Plan Nacional sobre Drogas de España. Valencia.
- Álvarez, Y. y Farrie, M. (2005). Farmacología de los opioides. *Adicciones, 17 Suplemento 2*, 21-40.
- Bobes García, J., Casas Brugué, M. y Gutiérrez Fraile, M. (2003). *Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias*. Barcelona: Arts Medica.
- Cadafalch, J. y Casas, M. (1993). El paciente heroinómano en el hospital general. Barcelona: Plan Nacional de Drogas- Generalitit de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Carreño Rendueles, J.E., Campos Cloute, R. y Bobes García, J. (2005). Situación actual de los programas de Desintoxicación. ¿Cuándo y cómo desintoxicar? *Adicciones, 17. Suplemento 2.* 205-222.
- Leza, J.C. (2005). Opiáceos III. Tratamiento de la Dependencia Opiácea I. Agonistas Opiáceos. *Adicciones, 17. Suplemento 2,* 115- 138.

- Moro Sánchez, M.A. y Leza Cerro, J.C. (1998). *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación.* En Lorenzo, P. Ladero, J. Leza, J. Lizasoain, I. (ed.), Opiáceos. Farmacología. Intoxicación Aguda. (pp. 47 – 63.) Madrid: Panamericana.
- Rang, H.P., Dale, M.M., Riter, J.M. y Moore, P.K. (Ed.). (2004). *Farmacología*. Madrid: El servier.
- Rubio Valladolid, G. (2002). *Manual de Drogodependencias para Enfermería.* En Martínez Ruiz, M. y Rubio Valladolid, G. Opiáceos II. Etiología, diagnóstico y evolución de la dependencia a opiáceos. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad, Agencia Antidrogas.
- Salado Rodríguez, J. y Rubio Valladolid, G. (2002). *Manual de Drogodependencias para Enfermería.* En Martínez Ruiz, M. y Rubio Valladolid, G. Opiáceos III. Tratamiento y Complicaciones orgánicas de la dependencia a opiáceos. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad, Agencia Antidrogas.

ANEXO 2:

CASOS CLINICOS

CASO: 2
SEXO: FEMENINO
EDAD: 19
TIEMPO DE CONSUMO: 6 MESES
USO: HEROÍNA INALADA HASTA EL DÍA ANTERIOR
OTRAS DROGAS: MARIHUANA, COCAÍNA.

"Manifiesta que quiere dejar la heroína"…

Llegó somnoliento, hemodinámicamente estable. Se hospitalizó y se le colocaron líquidos intravenosos, sedación, Midazolan, 3 miligramos por hora. Alizapril (vómito) c/8 horas; ranitidina 50 m/8 horas; diclofanac, 100 miligramos / 24 horas para el dolor buscapina para los cólicos.

Ingresó con Síndrome de Abstinencia a opiáceos, se le realizaron unos exámenes de laboratorio y se le halló el potasio bajito. El paciente continuó hemodinámicamente estable, se le agregó catapresan, clodinina 75 mg cada 8 horas, diacepan 10 mg cada 4 horas. Pasó bien el segundo y tercer día, al cuarto se le disminuyó el goteo de diazepan y valium. Al séptimo día se le agregó closapina para el insomnio y se le colocó lorazepan, 1 mg cada 8 horas; se le suspendió el valium. Al noveno día el tamisaje en orina para Heroína dio positivo para opiáceos. El paciente confesó que consumió heroína en la clínica, se restringen las visitas, se coloca Dolió 3 mg por hora, amnitriptilina, clozapina. Al décimo primer día el paciente se le suspendió el valium y la

dipirona, y el goteo de diazepan se le bajó a 2 mg por hora. Al décimo segundo día se suspendió el alisapride, buscapina, dormicum en goteo, dormicum en tableta 0,5 mg cada 8 horas, catapresan media tableta cada 12 horas, amitriptilina 75 mg por noche. Al décimo cuarto día se da de alta en buenas condiciones.

CASO: 3
SEXO: Masculino
AÑO: 2005
TIEMPO DE CONSUMO: 6 MESES.
USO: HEROÍNA INALADA MANIFIESTA QUE QUIERE DEJAR LA HEROÍNA.
OTRAS DROGAS: MARIHUANA Y LICOR.

Consulta por dolores musculares, escalofríos, rinorea (agua por la nariz), mucosa nasal congestiva.

El paciente se hospitaliza con tratamiento endovenoso, dipirona, cloridina o catapresan que es lo mismo; diacepride o diacepan 10 mg cada 6 horas, lorazepan 2 mg cada 8 horas. Al segundo día midazolan 15 mg en la noche porque manifestaba insomnio. Al cuarto día se suspende la alizaprida, se le coloca hidroxicina 25 mg por la noche, acetaminofen y clozapina 100 mg, en la noche, para dormir. Al quinto día se suspende diazepan. Al sexto día fenobarbital 200 mg intramuscular; en la noche se le disminuyen el diazepan y la hidroxicina se le coloca en la noche. Al séptimo día se suspende la clonidina, valium, dipirona y el acetaminofén. Al octavo día, se da de alta en buenas condiciones. Algunos exámenes la creatifosfoquinaza queda 416, sube la intoxicación por consumo de heroína.

CASO: 4
SEXO: Masculino
AÑO: 2005
EDAD: 21
TIEMPO DE CONSUMO: 2 MESES.
USO: HEROÍNA INALADA HASTA EL DÍA ANTERIOR.

Consultó por alucinaciones visuales, inquietud y dolores musculares. Se le hizo un examen de laboratorio creatinfosfoquinaza total queda 558 3 mg. Se hospitaliza con líquido endovenoso, clodomina, tiamatina, clonacepan, meclotitamina, acetaminofen. Dosis de rescate dormicum valium (cuando el paciente se agita).

Examen de mioglobulina 168, 7 mg por ml litro. Segundo día estable. Tercer día presenta diarrea, ansiedad, desasosiego, mejora los exámenes de laboratorio hemoglobina. Cuarto día se da de alta y se remite para un centro de rehabilitación.

CASO: 5
SEXO: Masculino
AÑO: 2006
EDAD: 18
TIEMPO DE CONSUMO: 2 AÑOS
USO: Heroína intravenosa
Último consumo: 24 horas
Otros consumos: opio, cacao sabanero, marihuana, cocaína, éxtasis, benzodiacepinas, 20 cigarrillos al día.

Consulta por ansiedad, frío, calor, dolores musculares, signos de punción en las muñecas.

Se hospitaliza con líquidos endovenoso fernobarbital 200 mg cada 8 horas, alizapril (vomito), ranitidina, protección básica Bipirona (dolores) diclofenaco para los dolores, goteo de dormicum. 3 mg por hora, fluoxitina, trazodona, valium 10 mg cada 6 horas.

Segundo día el paciente refiere ansiedad y escalofrió; se disminuye el valium. Al tercer día el paciente sólo refiere un poquito de lagrimoneo y escalofrío. Se disminuye el midazolan, se suspende dipirona, fenorbabital. Al cuarto día se le da de alta y se remite a un centro de rehabilitación.

CASO: 6
SEXO: Masculino
AÑO: 2005
EDAD: 23
TIEMPO DE CONSUMO: 2 AÑOS
USO: HEROÍNA INTRAVENOSA.
OTROS CONSUMOS: cocaína inhalada, ketamina, éxtasis, hongos, benzodiacepinas, poper, sacol, cacao sabanero y 20 cigarrillos al día.

Último consumo hace 4 horas; refiere dolores musculares y dolores articulares. Se hospitaliza, se colocan líquidos en forma endovenosa: clonidina, metrocopramida (vómito), diacepina 10 mg por 6 horas intravenoso, clonacipan (sedación) 2 mg por vía oral cada 8 horas, diclofenaco, acetaminofén, haloperidol e hiperidel. Al segundo día pasa en buenas condiciones y se le disminuye el diacepan. Al tercer día, refiere náuseas, dolores musculares y articulares. Se le suspende haloperidol, diacepan. Al cuarto día, al paciente se le da de alta para un centro de rehabilitación.

CASO: 8
SEXO: Hombre
AÑO: 2007
EDAD: 21
TIEMPO DE CONSUMO: 9 meses.
USO: HEROÍNA inhalada, marihuana, 20 cigarrillos al día

Consulta: presenta espasmos musculares, disforia (malestar) inmsonio, ansiedad, náuseas. El paciente se hospitaliza, se le colocan líquidos endovenosos, ranitidina, clonidina, cribamazopina, closapina, alprasonal, buscapina, diclofenac, dipirona, diasolan 5 mg por hora, admotitilina. En el segundo día el paciente es estabiliza, sin embargo, presenta ansiedad, inquietud por lo cual se aumenta el midazolan a 10 mg por hora y el valium a 10 mg cada 4 horas. Al tercer día se disminuye el goteo de midazolan, 5 mg por hora, diazepan cada 8 horas 2 mg. Al quinto día, se disminuye el diazepan y el diasolan. Al sexto día pasa bien. Al séptimo día se da de alta con remisión a un centro de tratamiento.

CASO: 9
SEXO: Hombre
AÑO: 2006
EDAD: 20 años
TIEMPO DE CONSUMO: 1 año.
USO: HEROÍNA inhalada
Último consumo: hace 14 horas.

Consulta: Refiere dolores musculares y dolores articulares; se hospitaliza con líquidos endovenosos, niasolan 3 mg por hora, valium cada 4 horas, catapresan (clodidina). Diclofenac, hiderax, amitriptilina. Al segundo día se muestra un poco ansioso e inquieto, se le coloca fenobarbital cada 8 horas. Al tercer día persiste la ansiedad y se le aumenta el dormicum. Al cuarto día

permanece estable. Al quinto día refiere ansiedad, se le aumenta el dormicum, duerme bien. Al sexto día disminuye dormicum, refiere ansiedad, disminuye dormicum, fenobarbital, closapina. Al octavo día el paciente pasa estable, se suspende el goteo de midazolan, se le coloca fenobarbital, intramuscular cada 24 horas. Al noveno día, pasa estable y se le suspende el valium. Al décimo día se da de alta con remisión aun centro de tratamiento.

CASO: 10
SEXO: Hombre
AÑO: 2006
EDAD: 18 años
TIEMPO DE CONSUMO: 1 año
USO: HEROÍNA inhalada hasta 12 veces al día
Último consumo: hace 2 horas.

Se hospitaliza al paciente, se le coloca líquido endovenoso. Consumo por ansiedad y nerviosismo, se le suministra clodidina, acetaminofen, disaprinal, reditidina, clorasepan, nidaselan 31 mg por hora, diacepan, aloperidol. Al segundo día el paciente se torna con ansiedad, aumenta el goteo de dormicum, el diazepan, se le coloca cada 4 horas, hiderax, alopidiran. Al tercer día el paciente se muestra también con ansiedad y dolores articulares, se suspende aquinetan, fenobarbital intravenoso 200 mg cada 8 horas, admotritinila Al cuarto día, el paciente está angustiado y con diarrea, se aumenta el goteo de dormicum. Al quinto día, manifiesta ansiedad menos goteo de fernobarbital. Al sexto día la ansiedad se disminuye el fernobarbital. Al séptimo día el paciente se da de alta.

CASO: 12
SEXO: Hombre
AÑO: 2005
EDAD: 22 años
TIEMPO DE CONSUMO: 4 años
USO: HEROÍNA inhalada
Último consumo: hace 36 horas.

Consulta: por dolores musculares, dolores articulares, ansiedad y dolor abdominal. El paciente se hospitaliza, se le coloca líquido intravenoso midazolan, 5 mg cada hora; diazepan, 10 mg por cada 6 horas; alopedidol, 5 mg cada 6 horas intravenoso, Biperideno, metroclopramida, dipirona, tiferameramina, acetaminofen. Al segundo día está ansioso, y presenta palpitaciones, dolores articulares e insomnio. Al tercer día se refieren contracciones musculares faciales y muy inquietas; se le suspende el aloperidol, diperideno, se le coloca trasodone, aumenta el diacepan cada 4 horas; clonidina, cada 12 horas; midazolan, cada 4 horas. Al cuarto día, presenta ansiedad e insomnio, se le suspende plasil, dipirona, se disminuye el niasolan, diacepan. Al quinto día presenta diarrea pero ya esta refiere estable. El paciente se da de alta y se remite a psiquiatría.

CASO: 14
SEXO: Hombre
AÑO: 1995
EDAD: 30 años
TIEMPO DE CONSUMO: 8 meses
USO: HEROÍNA inhalada

Síndrome de Abstinencia a los Opiáceos, cuando llegó a Colombia por primera vez, presentó un status compulsivo (convulsionando permanentemente), porque no consiguió heroína; llevaba 2 horas de abstinencia. Se hospitaliza, se le colocó goteo de nepramidina, 10 mg por hora; yesprin, valium cada 6 horas, catapresan, sinogan gotas, lomotil. Refiere luego agitación, sudoración, inquietud, taquicardia y dolor abdominal. Se realizó disminución gradual de los medicamentos. Al séptimo día se suspendió la mepridina. Al octavo día es ansioso. Al noveno día se le da de alta.

Presenta un ingreso de 1996, porque consumió bezodiazepina, cocaína y marihuana; estuvo siete días por heroína. Se le colocó mepridina, catapresan, ativan, inyesprin.

Al tercer de ingreso, además, se le aplicó morfina 1,5 mg por hora, se le fue disminuyendo lentamente; se le dio catapresan, valium, alisaprin, dencudacetan, ranitidina. Al segundo día menciono que tenia cólico y escalofrió. Al tercer día diaforesis (sudoración y escalofrió). Al cuarto día diaforesis (sudoración y escalofrió). Al quinto día escalofrió, nauseas, vomito y, cólico. Al sexto día continuó con cólico y náuseas. Al séptimo día se mostró quejumbroso por dolor abdominal y náuseas.

Al octavo día presentó dolor de cabeza, dolor abdominal. Al noveno día cólico y escalofríos leves. Ya no tenía goteo de morfina. Se le había disminuido gradualmente, se le había quitado el inyesprin. Al décimo primer día presentó cólico-vomito. Al duodécimo día sale en buenas condiciones y se da de alta.