



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EMERGENCIAS MEDICAS EN PACIENTES ADICTOS A LAS DROGAS DE DISEÑO

T E S I N A QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: CIRUJANA DENTISTA PRESENTAN: TERESITA GARCES LIRA TERESA DE JESUS OLVERA ROMERO

Handwritten signatures and initials: V. B. and a signature.

DIRECTORA DE TESINA C.D. IRMA VILLALPANDO GALINDO



MEXICO, D. F.

ENERO DEL 2000

Handwritten number: 275125



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS DE TERESITA GÁRCÉS LIRA

A DIOS

Le doy gracias por la vida y por acompañarme siempre en mi camino

A MIS PADRES:

Les doy las gracias por apoyarme moral y económicamente, en mi carrera y en mi vida

A MIS HERMANOS:

Les doy las gracias por el cariño y comprensión que me han dado

A MIS AMIGAS:

Les doy las gracias por su apoyo incondicional durante este tiempo que hemos estado juntas y por la amistad que hay entre nosotras.

DEDICATORIAS DE TERESA DE JESÚS OLVERA ROMERO

A MIS PADRES:

JESÚS OLVERA FERNÁNDEZ +

JUANA ROSA ROMERO BECERRIL

Por su gran amor, comprensión y apoyo que siempre me brindaron, a lo largo de toda mi vida. Gracias a ustedes he llegado a cumplir este sueño que juntos hemos ido construyendo.

"Aun que tu ya no estés papi, te dedico este trabajo que estoy segura estarías contento al ver que al fin llegue a la meta deseada."

A MIS HERMANOS:

Por su apoyo incondicional que siempre me brindaron

A MIS PROFESORES:

Por sus enseñanzas y su ayuda a formarme como persona y profesional

A MIS AMIGOS:

Con cariño para todos mis amigos, una amistad es muy valiosa no se compra con nada, quien tiene un amigo nunca estará solo. Gracias

INDICE

INTRODUCCION

ANTECEDENTES HISTORICOS	1
ETIOLOGÍA	4
Factores individuales	5
Factores interpersonales	6
Factores sociales	11
Factores psicológicos	12
COMO FUNCIONAN, EFECTOS Y TOXICIDAD DE LAS DROGAS DE DISEÑO	17
CLASIFICACIÓN LEGAL	21
FARMACODINAMIA	22
VÍA DE ADMINISTRACIÓN	24
CUADRO CLÍNICO DE INTOXICACIÓN O SOBREDOSIS	26

MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES DE LOS SÍNDROMES DE INTOXICACIÓN Y ABSTINENCIA	28
DIAGNOSTICO DE INTOXICACIÓN O SOBREDOSIS	29
COMPLICACIONES, REACCIONES ADVERSAS Y TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS	31
CONCLUSIONES	38
GLOSARIO	41
BIBLIOGRAFÍA.	44

I N T R O D U C C I Ó N

Las drogas de diseño se empleaban bajo tratamiento médico desde los años cincuentas y principios de los sesenta pero por sus efectos secundarios como la pérdida neuronal, disfunciones cerebrales, entre algunos muchos más fueron descartadas y no fue hasta los ochentas que volvieron a aparecer como drogas sintéticas

Por un intento de los narcotraficantes por evadir la ley hicieron modificaciones a las drogas y así nacieron las drogas de diseño que son derivados de la efedrina, la dimetilformamida, la feniletilamina, la fenilpropanolamina y otras anfetaminas.

En cuanto a su composición química en si se utiliza estas sustancias junto con un reactivo que puede ser, ácido clorhídrico, cianuro de potasio, fósforo, cloruro de mercurio o cafeína, mezclándolo con un tipo de solvente de tipo cetona, tolueno o éter de etilo así se producen las metanfetaminas, como se puede percatar estas sustancias son muy peligrosas tanto para el fabricante, como para el que las consume por ser unas sustancias altamente inflamables y volátiles

En cuanto a su farmacocinética de estas sustancias, originan diversos efectos en los receptores alfa y beta, dopaminérgicos y serotoninérgicos a nivel neuronal

MANIFESTACIONES.

Los adictos a las drogas de diseño pueden presentar agitación psicomotriz, euforia y diversos grados de efectos alucinógenos, en cuanto a la duración de los efectos de la droga puede variar de unas cuantas horas incluso varios días esto es dependiendo la dosis, el tipo de sustancia administrada, a la tolerancia del individuo. La sobredosis tiene un cuadro clínico que va desde hipertermia, crisis hipertensiva, convulsiones, síndrome de insuficiencia respiratoria, coma y en ocasiones la muerte

EFFECTOS

Se produce una elevación de la presión sanguínea y de la frecuencia cardíaca. También como efectos secundarios se puede presentar tensión en las mandíbulas, temblor, estremecimiento, bruxismo, diaforesis, náuseas, pérdida de apetito, xerostomía, dolores de cabeza, insomnio, etc.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las drogas han sido utilizadas por el hombre desde las culturas de la prehistoria, fueron empleadas para alterar el estado de ánimo y de conciencia, con fines de sanación o medicinales, con un sentido de ritual para tener contacto con sus divinidades y espíritus, etc., solamente las podían utilizar los sacerdotes, brujos, hechiceros, chamanes, magos, etc.

En la época medieval se utilizaron con el propósito de adivinar el porvenir, tales como el floripondio, la mandrágora y la belladona.

El opio se empezó a consumir en China, donde se utilizaba como sedante. En la India su uso era ya como un psicoactivo (alrededor del año 2000 A. C.) y ellos la consideraban una planta sagrada

En el medio oriente se difundió con un sentido religioso, se cree que el consumo del hashish se propagó masivamente debido a que los musulmanes tenían prohibido el uso del alcohol

En el siglo III d.c se remonta el uso de la coca existen esculturas sobre está práctica, en algunas tribus de Colombia se siguen utilizando los mismos procedimientos. En Peru su uso era reservado para las personas encargadas de las prácticas magico-religiosas o las que ocupaban una posición jerárquica dentro de la tribu

Durante el siglo XIII, la difusión de plantas del género de canavis fue más amplia, en Egipto se encontró consumo entre las clases altas y luego se propagó el hábito a otras clases sociales como el consumo fue tan masivo se intento prohibir, pero no se tubo éxito.

En culturas precolombinas de América se encuentra el uso como ritual de plantas mágicas como la datura, especies de hongos y cactus como el peyote y el san pedro. En las culturas de San Pedro del desierto chileno y en los Mayas hay pruebas arqueológicas de inhalación de polvos, los aztecas utilizaban hongos actualmente existen en América comunidades indígenas que siguen utilizando esos hongos.

Después de la llegada del hombre a América la difusión de las drogas fue mayor

El abuso de drogas en nuestra sociedad se inicio a partir del movimiento hippie en la década de los 60', esto surgió como protesta política, ideológica, artística, institucional, a la forma de vida establecida, a la autoridad paternalista. Las drogas que se usaban era la marihuana, principalmente así como el LSD (ácido lisérgico) por sus efectos alucinantes.

En los años sesentas los temas predominantes fueron la represión, el comunismo, la revolución y el amor libre, surgen movimientos o bandas de jóvenes y adolescentes, los cuales pelean por territorio existe alto índice de violencia, el consumo masivo de las drogas como son la marihuana, la

heroína, cocaína, aparecen sedantes, estimulantes y alucinógenos (benzodiazepinas, barbitúricos, ácidos, fenciclidina o PCP)

A fines de los sesenta y principios de los setenta es "prohibido" el consumo de las drogas

En los ochenta los valores son manejados por grupos de jóvenes con sus tradiciones, espacio social que les da identidad, su estilo y actividades como en la vida cotidiana

En los noventa aparecen las sustancias llamadas "DROGAS DE DISEÑO", empezaron a sintetizarse o diseñar mezclas de drogas naturales y componentes químicos en diferentes dosis, con nombres diversos, su producción es ilegal, se han convertido en las drogas de mayor consumo y a bajo precio, entre la población adolescente. (1)

ETIOLOGÍA

El consumo de drogas es un problema complejo. Muchos factores intervienen en él. Existen una diversidad de variables de índole personal, familiar, psicológico y social que hace que un individuo empieza a consumir drogas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que un individuo comienza a usar drogas por uno o varios de los 7 motivos que a continuación se citan, los cuales intervienen sin que el sujeto se percate de su influencia:

- 1.- Satisfacer la curiosidad sobre los efectos de las drogas
- 2.- Adquirir la sensación de pertenecer a un grupo y ser "aceptado" por otros
- 3.- Expresar independencia y, a veces, hostilidad
- 4.- Tener experiencias placenteras, nuevas, emocionantes o peligrosas
- 5.- Adquirir un estado superior de "conocimiento o de capacidad creadora".
- 6.- Provocar un estado de bienestar y tranquilidad
- 7.- Escapar de algo

Un esquema para comprender este fenómeno es el que nos propone la misma organización (OMS), para el estudio de enfermedades contagiosas, en el cual se plantea a la drogadicción como la enfermedad que se produce por interacción de tres elementos: el individuo (huésped), el ambiente (medio) y la droga (agente).

FACTORES INDIVIDUALES (Huésped)

Se considera que un individuo es un todo complejo, una unidad integrada (compuesta) por cuerpo, mente y espíritu en él se centra lo racional

CARACTERÍSTICAS DEL INDIVIDUO

CONSTITUCIÓN FÍSICA

Cada Individuo posee una determinada capacidad en cuanto a como actúa y como afecta la droga en su organismo y en su comportamiento.

Son importantes también el sexo de quien consume drogas De acuerdo a estos factores la droga afecta en forma distinta a cada persona

ESTADO DE SALUD

Los efectos de la droga están relacionados con el estado de salud físico y mental del individuo

FACTORES INTERPERSONALES.

GRUPOS DE REFERENCIA

Estos son grupos a los cuales pertenece el individuo, (o grupos de pertenencia), o grupos con los que se identifica, pero a los cuales no pertenece (o grupo de referencia) También incluye la familia. Otras influencias pueden ser personas específicas con las cuales el individuo se identifica o interactúa pueden ser familiares, los padres, profesores, amigos, compañeros, etc.

La familia es la fuente principal de influencia, proporciona los primeros modelos y es el primer grupo de referencia para el individuo. Actúa como agente normativo, definiendo, a través de sus expectativas de conducta expresada en actitudes, verbalizaciones y conductas, el comportamiento que es adecuado o inadecuado en cada situación. Con ello, transmite sus valores, las normas o reglas definen lo que es malo o bueno, lo justo e injusto, que es adecuado hacer o como actuar, esto al ser reforzado con regularidad se estimulan determinadas conductas y se rechazan otras dando una pauta de comportamiento, para llegar a esta pauta se maneja un sistema de sanciones (estímulo-castigo) en donde la familia debe establecer dichas sanciones de acuerdo a la falta cometida aquí influyen también varios

factores que no se deben cometer, por ejemplo a una misma falta darle diferente sanción, ya sea por falta de tiempo o estado de ánimo de los padres. Con el tiempo los valores y las pautas de comportamiento llegan a ser internalizadas o sea que el individuo pocas veces concientemente, va tomando estos valores como suyos y ya no necesita la presencia de otras personas que le indiquen que está bien o mal, así esto se transforma en hábitos de conducta en donde no es necesario la aplicación de premios y castigos. Es así como la persona, con el tiempo, llega a querer lo que la sociedad quiere.

En los niños, cuando la familia estimula y premia las conductas positivas especialmente con gestos de aprobación y con caricias, estimula el logro de metas y disminuye el riesgo del consumo de drogas, pero si por el contrario si el manejo del refuerzo es inadecuado y no se reconocen ni estimulan las conductas positivas, éstas tienden a desaparecer, al no causar ningún significado para el grupo familiar.

Otro factor importante en relación con la conducta de consumo lo constituye el control paterno sobre la conducta de los hijos. Esto no debe ser una autoridad arbitraria, no implica la restricción innecesaria de la libertad de los hijos, al contrario, debe ser a base de estímulos y reconocimientos a las conductas positivas, en una valoración a la persona y sus capacidades

La posibilidad de dicho control, basado en una autoridad legítima, es mayor porque va acompañado de un grado suficiente de identificación con los padres como modelos y agentes normativos, por que la relación se apoya en el afecto, la comunicación, en la aplicación de normas claras y consistentes. Con ello la influencia paterna es mayor en comparación con otras fuentes de influencia.

CALIDAD DE LAS RELACIONES FAMILIARES.

La familia cumple un importante rol en la satisfacción de la necesidad de afecto. Cada individuo se preocupa por lo que le pasa al otro y así existen actividades compartidas, que en algunas familias no existe, la falta de interés y atención especialmente hacia los hijos se puede observar en estas familias.

VIOLENCIA FAMILIAR.

Un rasgo frecuente asociado al consumo de drogas es la violencia familiar ya sea física o verbal. La forma más común de "enseñanza" para los padres es el castigo físico, el cual frecuentemente es aplicado de manera desproporcionada en comparación con la acción o falta cometida, lo cual produce un desequilibrio, impotencia y muchas veces se traduce en rebeldía

AUSENCIA DE LOS PADRES.

Uno de los factores de riesgo comprobado y muy importante es la ausencia de los padres (uno o ambos). No se refiere necesariamente física o ausencia absoluta, por muerte, separación, etc , sino también a la falta de contacto o a una deficiente calidad de la relación padre e hijo, en estos tiempos actuales los padres se ven en la necesidad de trabajar ambos y frecuentemente no se les estimula a los hijos el aprendizaje de normas, hábitos de conducta, valores, etc.

GRUPO DE PARES.

En la interacción con otros la persona satisface un conjunto de necesidades emocionales. En el grupo de pares y en la interacción con otras personas recibe afecto, reconocimiento, se identifica con ellos ya sea un grupo o una persona individual, de esta forma el grupo y los otros se vuelven importantes e influyen en su conducta.

De este modo, un grupo puede promover, incentivar el uso de cierto tipo de drogas (legales o ilegales) ya sea estimulando, presionando, proporcionando justificaciones como una actividad valorada y significativa a través de la cual el grupo se integra y se reconoce como distinto de otros, proporcionando así, una identidad grupal, así mismo un grupo también puede rechazar el uso de drogas, como una conducta negativa

PRESIÓN GRUPAL

La presión del grupo se expresa a través de diversos mecanismos, para que el individuo consuma drogas algunos de ellos son:

- invitaciones: simplemente ofrecer, probar "prueba, si no te gusta pues ya no te doy"
- Estimulo . Se emplean palabras y gestos para incitar el consumo, "con esto se te olvida todo"
- Justificaciones Se dan razones respecto de por que se usan drogas "tus padres no te comprenden, ellos te orillaron a esto"
- Descalificaciones: Se reprueba con gestos, palabras, etc , la negativa y la resistencia "Este es un... no quiere probar".
- Rechazo o aislamiento: Se margina del grupo a quien no acepta consumir "él no por que no es de nuestro ambiente"

La interacción con personas que consumen debe ser entendida como fuente de riesgo, debido a que una persona puede convertirse en alguien significativo para el individuo, en un modelo de conducta y en cuanto mayor sea la identificación que tenga con el consumidor de droga mayor es la posibilidad de influir en el individuo para ser adicto a la droga.

FACTORES SOCIALES.

La sociedad como un todo determina la conducta de los individuos y grupos principalmente a través de sus valores, normas, de la opinión pública, de los estilos de vida que promueve y de la propia cultura.

Factores de riesgo relacionados con el uso, uso nocivo y abuso de psicofármacos y otras sustancias de abuso. (2)

- Alcoholismo materno, paterno o de ambos
- Uso familiar episódico intenso de alcohol o psicofármacos
- Historia familiar de alcoholismo
- Historia familiar de conducta antisocial.
- Antecedentes de abuso infantil intrafamiliar o extrafamiliar
- Familiares con escasas habilidades paternofiliales
- Dificultades en las relaciones familiares.
- Uso de psicofármacos en los hermanos
- Uso familiar de psicofármacos.
- Uso de psicofármacos por los mejores amigos
- Deficiencia y escaso en el aprovechamiento escolar
- Enajenación y rebeldía.
- Psicopatología, especialmente depresión.
- Alteraciones conductuales como la vagancia, baja empatía hacia los demás, poca tolerancia a la frustración, búsqueda constante de nuevas sensaciones, insensibilidad al castigo, etc
- Desorganización estructural-funcional en la comunidad

- Conducta antisocial.
- Baja o nula religiosidad.
- Confusión y pérdida de valores
- Uso de alcohol y experimentación con psicotrópicos a edades tempranas.
- Conductas sexuales precoces.

FACTORES PSICOLÓGICOS

Son determinantes las características de personalidad incluidas, entre otras, la autoimagen, habilidades interpersonales, (asertividad, comunicación, empatía, etc.). Se ha investigado que el consumo de drogas sería producto de la necesidad del individuo de cubrir ciertas carencias especialmente afectivas. En este sentido, el individuo se asocia a personas que consumen y así logra satisfacer sus necesidades emocionales de aceptación, afecto, reconocimiento, seguridad, pertenencia, etc.

NECESIDAD DE AFECTO.

Todo individuo para satisfacer sus necesidades, para desarrollarse como persona y como ser social necesita recibir afecto de los demás, con esta interacción logra desarrollar, de acuerdo a las actitudes y conductas que muestran los otros respecto a él, una imagen de sí mismo, la cual va a determinar su personalidad y la forma en que va a enfrentar otras influencias

NECESIDAD DE ACEPTACIÓN Y PERTENENCIA.

El individuo necesita sentirse integrado con otros (personas o grupos) con quienes se identifica y a los cuales toma como referencias para su comportamiento, en cada situación específica. De acuerdo a como los demás lo acepten, el individuo puede cambiar o mantener su conducta y su comportamiento, ya sea reforzando o modificando su autoimagen.

La autoimagen se refiere al conjunto de percepciones conscientes que el individuo tiene de sí mismo.

NECESIDAD DE RECONOCIMIENTO

Cuando un individuo es aceptado en un grupo social, necesita de la aprobación y el refuerzo de su propia conducta y su autoimagen dentro del grupo. El reconocimiento que el grupo brinde al individuo determina su importancia y posición dentro de este.

EL AUTOESTIMA

El autoestima es la valoración positiva o negativa, que el individuo hace de sus características (autoimagen) (3)

Una persona que tiene una baja autoestima es más vulnerable a las influencias externas como la presión de un grupo adicto a las drogas.

La baja autoestima se manifiesta a través de:

Retraimiento. Se trata de personas inseguras que evitan el contacto con los demás porque lo sienten como una amenaza.

Descuido en la imagen personal. Existe poca preocupación por la apariencia personal externa

Inseguridad. Son personas que no tienen confianza en sus propias capacidades

Bajas expectativas. No tienen estructuradas sus metas; no tienen planes de vida definidos y metas claras para el futuro.

Autodescalificación Son personas excesivamente críticas y autodestructivas consigo mismas.

Insatisfacción personal. No reconocen sus méritos y capacidades y tienden a sobredimensionar sus características negativas.

Pesimismo. No enfrentan la vida y sus obstáculos en forma positiva, evitan o postergan la resolución de sus problemas.

Desinterés Se trata de personas típicamente apáticas, con baja motivación.

Inconstancia Tienden a no concluir las cosas que emprenden, se desaniman con facilidad (3)

HABILIDADES SOCIALES.

Conjunto de aptitudes y capacidades que tiene un individuo para relacionarse en forma efectiva con los demás, se incluye capacidades relacionadas con la comunicación, la empatía y la asertividad son habilidades que un individuo necesita para poder transmitir y recibir información.

La empatía se refiere a la capacidad de comprender los mensajes, esto es la habilidad de conocer los sentimientos del otro. Para desarrollar esta capacidad es necesario practicar la habilidad de "atender y escuchar con interés a quien comunica algo, y demostrarlo".

La asertividad permite comunicarse con los demás de manera directa, clara, congruente y honesta permitiendo aparecer respetuoso consigo mismo y con los demás.

La conducta asertiva permite que la persona se sienta confiada y autorrespetada, produciendo en los demás la misma sensación

Otras habilidades sociales son la adaptación y la tolerancia a la frustración. La primera se refiere a la capacidad de integración a un grupo progresiva y armónicamente; y la tolerancia a la frustración es la capacidad de aceptar el no cumplimiento de los objetivos y expectativas, de manera constructiva (3)

RENDIMIENTO Y DESERCIÓN ESCOLAR.

Se considera el rendimiento y la deserción escolar como una relación bidireccional, es decir cada uno es causa del otro, este esquema se puede entender como un indicador de riesgo donde una baja notoria en el rendimiento escolar debe tomarse en cuenta como una señal de alerta, pero no es regla que el rendimiento y deserción escolar sea que el individuo esta consumiendo drogas.

En un estudio realizado a 564 alumnos de segundo ciclo de educación general básica en España, se comprobó que los alumnos consumidores de drogas presentaron un autoconcepto significativamente más negativo que los no consumidores, en cuatro factores interacción familiar, integración escolar, logro académico y ser físico (imagen física).(5)

COMO FUNCIONAN, EFECTOS Y TOXICIDAD DE LAS DROGAS DE DISEÑO.

Es importante señalar el incremento en el consumo de estas sustancias, sobre todo aquellas derivadas de las anfetaminas como son las drogas de diseño. A pesar de que se sabe del peligro de las anfetaminas, cuando son usadas para bajar de peso, disminuir la fatiga y elevar el estado de ánimo, siguen siendo indicadas por algunos médicos, legalmente estas sustancias no deben ser prescritas. Tanto las anfetaminas como las drogas de diseño actúan directamente en el Sistema Nervioso Central. Reduciendo la necesidad de estímulos externos al aumentar los mecanismos internos de percepción, ambos psicotrópicos causan dependencia física y psicológica casi siempre cuando se empiezan a administrar.

COMPOSICIÓN QUÍMICA.

MDA 3,4 metilenedioxianfetamina.

MDMA 3,4 metilenedioximetanfetamina.

MDEA 3,4 metilenedioxi-N-etilanfetamina

MMDA 3 metoxi-4,5-metilenedioxianfetamina.

LAS ANFETAMINAS

En 1887 fueron sintetizadas pero no fue hasta 1932, cuando se descubrieron sus efectos tóxicos en el Sistema Nervioso Central, son

aminas simpaticomiméticas y nos dedicaremos a estudiar su variante metanfetamina ya que de aquí se derivan las drogas de diseño. (2)

El consumo de las anfetaminas en dosis normales (10-30 mg) produce en las personas aumento temporal de la eficacia y confianza, elevación del estado de ánimo y euforia, disminuye la fatiga con aumento de la actividad motora y de la palabra, mejoría en la capacidad de concentración, irritabilidad e insomnio. Las manifestaciones son cefalea, palpitaciones, vértigo, trastornos vasomotores o agitación, delirio y depresión.

LA METANFETAMINA (hielo o glass).

Surgió por primera vez en el Oriente y de ahí se expandió a diferentes países. Su forma es parecida a la de un pequeño cristal transparente.

Las personas que consumen con regularidad esta droga presentan manifestaciones como alucinaciones, paranoia, conductas agresivas y violentas; así como bruxismo, anorexia, problemas gastrointestinales, pérdida de peso, infarto al miocardio, cardiopatías y edema pulmonar. El uso prolongado causa tolerancia y al dejar de tomarla se da el síndrome de la abstinencia, el cual se caracteriza por contracciones abdominales, gastroenteritis, dolor de cabeza, letargia, dificultad para respirar, aumento del apetito y una depresión profunda, esta última muchas veces lleva al suicidio.

CRISTAL (Crank o mel)

Esta sustancia se elabora en lugares cerrados y clandestinos. El consumo de este psicotrópico se da principalmente en adolescentes y adultos jóvenes, sus manifestaciones aparte de las ya mencionadas son irritabilidad, nerviosismo, variaciones en el estado de ánimo, depresiones, miedo injustificado, suspicacia, pérdida de peso y trastornos del sueño.

ÉXTASIS (Tacha).

En 1914 se propuso que esta sustancia fuera para suprimir el apetito, pero nunca salió al mercado, en 1970 y 1980 se utilizó como auxiliar en la psicoterapia, en 1990 su consumo a sido "recreativo", aunque no se a demostrado cual es su beneficio en la terapia

Su efecto principal se caracteriza por euforia, sentimientos de intimidad y querer estar con otras personas, sus manifestaciones son pérdida de apetito, taquicardia, tensión de los músculos mandibulares, bruxismo y diaforesis, crisis hipertensivas, hemorragia cerebral, dolor intenso en el pecho que no es de origen cardiaco, hepatitis tóxica, psicosis paranoica, trastornos de la memoria, arritmias cardiacas y en ocasiones la muerte.

El precio del éxtasis varía según los mg de la pastilla, y los efectos que provocan, los comprimidos toman su nombre de acuerdo a su presentación

como "Kids" son pastillas que arriba traen unos muñequitos agarrados de la mano, "manzanitas" tienen el dibujo de una manzana, "ovnis" son pastillas ovaladas, "jb" son de color rosa o naranja tienen grabadas las dos letras, "TBC" es un éxtasis muy codiciado que pocas veces se consigue en nuestro país (2).

En 1996 se publicó en España un artículo en donde se menciona la muerte por éxtasis (El Mundo) (7)

El consumo de drogas en España ha seguido una evolución similar a la de otros países, aun que con un considerable retraso: si bien en los años setenta era el haschis el protagonista, en los ochenta lo es la heroína, y en la década actual aunque lo sigue siendo, se detecta un importante incremento en el consumo de cocaína y de las llamadas drogas de diseño. (7)

CLASIFICACION LEGAL

De acuerdo a la Ley General de Salud de México.

Las anfetaminas cuando son administradas de forma lícita o ilícita, suelen causar en la mayoría de las personas tolerancia a estas sustancias, por lo que se tiende a aumentar las dosis, si el consumo es interrumpido se presenta depresión y letargía, estas personas no son capaces de darse cuenta de los efectos físicos y psicológicos que causan estas.

GRUPO II Fenproporex (Delhafen)

Anfepramona(Tenuate)

Mefenorex

Trihexifenidilo (Artane)

Fehfermina (Diminex)

Metilfenidato (Ritalin)

GRUPO III Propilhexedrina(Colloidine)

Mazidol (Diestel)

Fenfluramina (Diomeride).

(2)

FARMACODINAMIA.

Estas sustancias actúan directamente sobre el SNC y sus efectos son tanto simpaticomiméticos como estimulante.

Los efectos estimulantes se dan por el bloqueo de la noradrenalina y la inhibición de la monoaminoxidasa (MAO), estos efectos se presentan a nivel cortical, en el sistema reticular activador ascendente (SARA) y sobre el centro respiratorio. Los efectos simpaticomiméticos, se presentan cuando las fenilisopropilaminas liberan un transmisor adrenérgico endógeno. En general los efectos reforzantes se realizan por mediación del neurotransmisor denominado dopamina.

La acción central de las anfetaminas se relaciona:

- 1.- Sobre los receptores de 5 hidroxitriptamina (5HT) en el cerebro, estos son un grupo de inhibidores
- 2 - Los efectos centrales no se relacionan con los cambios de la tensión arterial.
- 3 - En el sistema cardiovascular actúan en los receptores produciendo elevación de la tensión arterial por vasoconstricción y aumento de la frecuencia cardíaca lo que puede llevar a arritmias o un colapso circulatorio
- 4 - Estas sustancias bloquean la recaptura de catecolaminas en el cerebro.

La serotonina (5-hidroxitriptamina, 5HT), se halla en las plaquetas sanguíneas y en el intestino en alta concentración, y en menor cantidad en el encéfalo, particularmente en el hipotálamo y en la retina.

La serotonina se forma por hidroxilación y descarboxilación del aminoácido esencial triptófano.

Se ha observado una correlación entre la conducta y las variaciones en el contenido de serotonina del encéfalo en el individuo. Varias sustancias incluyendo la serotonina tienen acciones psicomiméticas. Se puede producir una disminución selectiva de serotonina encefálica administrando p-clorofenilalanina, la cual bloquea la transformación de triptófano en 5-hidroxitriptófano.

Son numerosos los estudios que se han realizado para esclarecer el mecanismo neuroquímico del "éxtasis", MDMA en el organismo, quedando muchas lagunas al respecto. Probablemente no tenga un único mecanismo de acción. Dado su complejo espectro de actividad sobre el comportamiento humano, entre los cuales la serotonina juega un papel primordial (4)

VÍA DE ADMINISTRACIÓN

La mayoría de estas drogas son administradas por vía oral, pero existen algunas que son por vía intravenosa o nasal, como la metamphetamine que puede ser fumada, inhalada o inyectada.

En la vía oral, las anfetaminas por su estructura resisten a la destrucción, lo cual les confiere gran eficacia y duración más prolongada, por vía endovenosa o subcutánea los efectos son más rápidos.

FARMACOCINÉTICA.

La absorción de las anfetaminas se da con facilidad por el tubo digestivo además de cualquier vía parenteral, son sustancias estables en el organismo, resisten a la destrucción de la aminooxidasa por ello se explica la duración prolongada de sus efectos. Se metabolizan en el hígado y su excreción es por vía renal.

TOXICOLOGÍA

Dentro de los efectos adversos más importantes se presentan en los receptores alfa y del SNC, estas son elevación de la tensión arterial, que pueda producir hemorragia cerebral, angina de pecho o infarto del miocardio.

Las anfetaminas actúan incrementando la neurotransmisión catecolaminérgica

1.- Promueve la liberación de catecolaminas (dopamina, epinefrina y norepinefrina) por las neuronas presinápticas

2.- Bloquean la degradación de las catecolaminas por la enzima monoaminoxidasa(MAO).

3 - Inhiben la recaptura de las catecolaminas por las neuronas presinápticas

4.- Liberan serotonina.

En el SNC los efectos que se presentan son inquietud, temblor, insomnio y ansiedad, en sobredosis produce dificultad para respirar, cianosis, temblor, ataxia, disminución o pérdida de las funciones sensoriales, tetania, convulsiones tónico-clónicas, disminución de la conciencia y estado de coma.

(2).

CUADRO CLÍNICO DE INTOXICACIÓN O SOBREDOSIS.

Las manifestaciones psicológicas que se presentan con más frecuencia son inquietud, disforia, logorrea, insomnio, confusión, tensión y ansiedad que pueden originar delirio con alucinaciones paranoides.

El sistema respiratorio se ve afectado conforme las amfetaminas actúan sobre el centro respiratorio bulbar, las dosis elevadas dilatan los bronquiolos, aumentan la frecuencia y profundidad de la respiración.

En el sistema Circulatorio hay elevación de la tensión arterial, aumentando el gasto y trabajo cardiaco ya que actúan directamente en el miocardio.

En el tubo digestivo presenta decremento del tono muscular, disminución de la peristalsis, espasmos gastrointestinales.

En el Aparato Genfouinario existe disuria, aumento de la frecuencia urinaria, urgencia de micción y contracciones uterinas.

Los tegumentos presentan palidez o enrojecimiento, urticaria y dermatografismo y en especial existe abundante diaforesis.

Las manifestaciones clínicas se dan de acuerdo a cada individuo y la dosis administrada pudiendo presentarlas en 30 minutos o en la primera hora.

La tolerancia se desarrolla cuando las anfetaminas ya no tienen el mismo efecto con la dosis acostumbrada y las personas tienden a aumentar la dosis conforme transcurre el tiempo.

La abstinencia se presenta al suspender las anfetaminas y se caracteriza por disforia, depresión, hipersomnia, apetito aumentado o la presencia de cólico abdominal.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES DE LOS SÍNDROMES DE INTOXICACIÓN Y ABSTINENCIA

A nivel conductu. Un paciente sumramente agitado pudo haber ingerido anfetaminicos, cocaína o alucinógenos

Alteraciones en los signos vitales La tensión arterial puede estar elevada a causa de una intoxicación por anfetaminicos En cuanto al pulso se encuentra aumentado, esto no es un hallazgo específico pues suele estar presente tanto en el síndrome de intoxicación como en el de abstinencia

La respiración. La frecuencia respiratoria puede estar incrementada en la intoxicación por cocaína, anfetaminicos y otros simpaticomiméticos.

En la piel. Puede observarse diaforesis corporal al igual que presencia de huellas de punción en los sitios de localización venosa. (2)

El uso del éxtasis, causa daño a las estructuras del diente: pérdida de esmalte con exposición de dentina, completa pérdida del esmalte con exposición de la pulpa (6).

DIAGNOSTICO DE INTOXICACIÓN O SOBREDOSIS

La CIE-10 OMS, para el diagnostico tiene los siguientes criterios

A. Debe haber presencia clara de consumo reciente de anfetaminicos, cafeina u otros psicotr6picos semejantes, en dosis suficientemente elevadas

- Deben estar presentes los signos y sintomas de sobredosis
- Los sintomas y signos no deben ser confundidos con (diagnostico de alguna enfermedad, trastorno mental o de comportamiento).
- Las personas adem6s del consumo de la droga presenta otros problemas como el s6ndrome de dependencia, trastorno psic6tico y consumo perjudicial.

B. Debe existir alguno de los siguientes comportamientos.

- euforia o sensaci3n de aumento de energia.
- Hiperprosexia.
- Creencias o actos grandiosos.
- Agresividad.
- Tendencia a discutir.
- Labilidad afectiva o inestabilidad del humor

- Conductas repetitivas
- Ilusiones auditivas, visuales o táctiles
- Alucinaciones
- Interferencia con el funcionamiento personal
- Ideación paranoide

C - De los siguientes signos al menos dos deben estar presentes:

- Taquicardia o bradicardia
- Arritmias cardíacas
- Hipertensión o hipotensión
- Diaforesis y escalofríos
- Náusea y vómito.
- Pérdida de peso evidente
- Midriasis.
- Agitación psicomotora o entumecimiento.
- Debilidad muscular
- Dolor torácico.
- Convulsiones tónico clónicas.

La sobredosis por anfetaminas producen enrojecimientos, elevación de la tensión arterial, taquicardia, pulso rápido, euforia y agitación psicomotora, además fiebre, arritmias cardíacas, hemorragias y episodios catatónicos que parecen estados de esquizofrenia. (2)

COMPLICACIONES, REACCIONES ADVERSAS Y TRATAMIENTO DE EMERGENCIAS

Las complicaciones generales por las drogas presentan diferentes problemas como insuficiencia renal, rabdomiolisis, hemorragia subaracnoidea, hemaloma intracerebral, edema cerebral, coagulación intravascular diseminada, alteraciones respiratorias, elevación de la tensión arterial, taquicardia, pulso rápido, arritmias cardíacas y trastornos psicomotores.

Las personas que desarrollan fiebre, arritmias cardíacas, agitación psicomotora, elevación no controlable de la tensión arterial, deterioro progresivo de la conciencia y datos neurológicos sugestivos de un accidente cerebrovascular, deben ser ingresados a un hospital en forma inmediata.

Las complicaciones más graves son las cardiovasculares causadas por los efectos simpaticomiméticos de estos fármacos, la terapéutica es básicamente de sostén, por medio de la sedación y la aplicación de medicamentos beta bloqueadores del tipo del propanol

La sedación intenta controlar la agitación psicomotora y la ansiedad,

- Diazepan (valium) 10-20 mg intra muscular o intravenoso dos o tres veces al día.

Para los síntomas psicóticos o una intensa agitación psicomotora se administra:

- Haloperidol (haldol) 5-10 miligramos cada ocho horas, intramuscular
- Clordacepóxido combinado con clidino (librax).
Una a dos grageas tres veces al día

Los medicamentos como los beta bloqueadores se administran para los síntomas cardiovasculares: metoprolol, metipranolol

Hipertensión arterial y taquicardia: propranol (nderalici)

Desequilibrio ácido básico (acidosis) administrar bicarbonato de sodio.

La hipertermia con medios físicos como agua helada.

La hipotermia con medios térmicos (calor) como frazadas. A esta se suma al estado de choque, que puede desembocar en la muerte.

Debido al efecto adrenérgico de estas sustancias algunos pacientes con enfermedades preexistentes, pueden desarrollar alteraciones graves como: hipertensión arterial, infarto del miocardio, arteritis necrosante, tromboflebitis, hemorragias vasculares, insuficiencia cardiorrespiratoria, crisis convulsivas tónico-clónicas y arritmias cardíacas.

La hipertensión arterial grave puede originar hemorragia intracraneal aguda, infarto del miocardio o disección de la aorta

Los medicamentos que se ven a administrar son. Espironolactona (aldactone 25) 50-100 mg/día

Captopril/hidroclorotiazida (capozide) 25/12.5 mg respectivamente cada 24hs. Se combinan para tratar la hipertensión arterial moderada o grave.
Fentolamina 2-5 mg intravenosa.

Nifedipina (corogal) 10-20 mg vía oral 3 veces al día es un medicamento para el tratamiento de angina de pecho e hipertensión arterial

Nitroprusiato sódico (Nitride) endovenoso IV 0.5-5 mg/kg/min. Se relaciona con crisis hipertensivas, hipertensión arterial maligna, insuficiencia ventricular izquierda en pacientes con infarto miocárdico agudo, hipertensión arterial mas hemorragia suparacnoidea (este medicamento solo se emplea a nivel hospitalario)

El tratamiento del infarto básicamente requiere del alivio del dolor, tratar el colapso vascular y el edema pulmonar.

Mepiridina (dimerol) 50-100 mg IM se administra para aliviar el dolor intenso.

Atropina (Topyn 2) 0.5-1 mg IV se administra como antídoto de tipo rápido.

Complicaciones tromboembólicas

Heparina (dixaparine) es un anticoagulante

Acenocoumarina (sintrom) es un anticoagulante

Estos medicamentos se manejan a nivel hospitalario (2)

TRATAMIENTO DE LAS EMERGENCIAS.

Para prevenir una emergencia en el consultorio dental, se debe realizar una Historia Clínica minuciosa, completa así como la toma de los signos vitales, si estos nos presentan alteración y el paciente nos dice positivo en su adicción, podríamos sospechar que durante el tratamiento el riesgo de una emergencia se vería aumentado un 100 %, dentro de esta valoración la preferencia sería NO ATENDERLO, en dado caso que esto no fuese posible se le trataría el dolor y se pospondría la cita hasta que el paciente regrese sin reactivo, si aun así esto no fuese posible se haría control de estrés y el tratamiento sería el mantenimiento de los signos vitales.

Si se llega a presentar la emergencia:

1.- Determinar el tipo de emergencia.

En el tratamiento el diagnóstico y el mantenimiento de los signos vitales son importantes

La interrupción de la absorción de la sustancia que haya ingerido, esta indicado producir el vómito en aquellos pacientes que están concientes, la inducción se logra ya sea por estimulación directa de la hipofaringe o mediante la administración de eméticos como la Ipecacuana en dosis oral de 30-60 mg, diluido en un litro de agua.

Quando la inducción al vómito fracasa se debe pensar en un lavado gástrico. Esto ya se haría en un hospital, se toman muestras para su análisis toxicológico y se canaliza una vía venosa a fin de permitir la administración de soluciones y fármacos en caso de que lo necesite el paciente.

Si el paciente se encuentra inconsciente se deberá proseguir:

1.- Permeabilización de las vías aéreas.

En un primer momento, la simple colocación del paciente en decúbito lateral puede evitar la obstrucción de las vías aéreas que se hace con la lengua cuando un paciente ha perdido el tono muscular. A continuación se deberá limpiar la boca en caso de que hubiese líquido, exceso de saliva u otra sustancia, esto se hace con una gasa limpia o con aspiración.

2.- Con el paciente en posición supina.

Se lleva a cabo la maniobra frente- mentón. El rescatador coloca una mano en la frente del paciente tirando hacia atrás y la otra mano solo dos dedos en el mentón solo en el borde se tira hacia arriba, para mantener la vía aérea abierta y valorar la respiración.

3 - Si el paciente no respira. Se debe de dar respiración artificial, de boca-boca, se dará con una frecuencia de insufflaciones, las cuales deben ser de aproximadamente 12 por minuto, cuidando que el aire penetre efectivamente

en los pulmones, esto se evidencia con la expansión del tórax y la exhalación audible del aire inspirado.

4.- Se debe valorar el pulso en la arteria carótida, por cinco segundos, si el paciente sigue en paro respiratorio pero tiene pulso, se sigue con la ventilación, pero si el paciente tiene paro circulatorio (no tiene pulso) se deberá dar ventilación y compresión.

Con la mano derecha localizar el borde inferior de la parrilla costal y deslizar los dedos hacia la línea media hasta tocar la punta del proceso xifoides, colocar dos travezos de dedo con la mano izquierda, quitar la derecha y colocarla arriba de los dos dedos y a continuación colocar la mano izquierda sobre la derecha. Entre lazar los dedos y sólo la parte tenar e hipotenar en el tórax del paciente.

En el eje mayor del esternón se hace la compresión, los brazos deben quedar extendidos totalmente y en una posición perpendicular a la superficie del paciente. No se deben despegar las manos entre una compresión y otra.

Se deberá dar cuatro ciclos, cada ciclo empieza con ventilación y termina con ventilación, si hay un solo rescatador los ciclos son de dos insuflaciones por quince compresiones.

Se debe de verificar la respiración y la circulación después de un minuto, si el paciente recobra estas funciones se suspende el RCP, si no se continuará con él hasta que llegue ayuda o el paciente recupere sus funciones.

CONCLUSIONES

Los Cirujanos Dentistas debemos elaborar una Historia Clínica completa, empezando por registrar los signos vitales, hasta hacer un examen detallado de los diferentes sistemas, hasta donde nos sea posible

- Si se sospecha que un paciente es adicto, a través del interrogatorio, se deberá hacer preguntas encaminadas a saber más sobre la adicción.
- Nosotros, como fomentadores de la salud debemos ayudar a las personas con esta problemática, en todo lo que este a nuestro alcance, lo podemos canalizar a instituciones donde se le atiende y se le ayude.

- El consumo de drogas es una forma de relacionarse con otros y de satisfacer necesidades principalmente de afecto, cuando no existen grupos alternativos o la persona no se puede integrar a otro tipo de grupo.
- Las drogas de diseño son sustancias tóxicas para el organismo, las personas que las consumen no están concientes del daño físico y psicológico que éstas producen, creen que este es el mejor medio por el cual, solucionar sus problemas, alejarse de la realidad, crear su propio mundo, siendo que esto es una mentira.
- En la educación del adolescente se debe enfatizar sobre los efectos y daños de estas drogas, sin provocar una invitación al consumo, sino como método de prevención, así como educación para las futuras generaciones.
- Por ser drogas de bajo costo los jóvenes son lo que más las usan y en la Historia Clínica, es en ellos donde no se hace mucho hincapié por ser pacientes jóvenes se presume que son sanos.

**ESTA TESIS NO BEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- Los Cirujanos Dentistas causamos estrés, el mismo dolor y la tensión a la cual esta sometido el paciente, hace que aumente de la tensión arterial si a esto le sumamos lo que el drogadicción trae, todo esto nos lleva a una emergencia.
- Las muertes por uso de drogas van en aumento y ya se han reportado casos de muerte por éxtasis, lo cual nos obliga a saber todo lo relacionado con estas drogas para prevenir una emergencia en el consultorio dental.

G L O S A R I O

Afasia: Defecto del lenguaje consecutivo a una lesión cerebral que perturba la utilización de las reglas precisas para la producción y /o comprensión de la palabra.

Ataxia: Falta o irregularidad de la coordinación, especialmente de los movimientos musculares sin debilidad o espasmo de éstos.

Bradycardia: Lentitud anormal del pulso o de la frecuencia cardíaca.

Bruxismo: Hábito morboso de rechinar los dientes.

Cianosis: Coloración azul o lívida de la piel en mucosas, especialmente la debida a anomalías cardíacas, causa de oxigenación insuficiente de la sangre.

Dermografismo: Estado en el cual los frazados efectuados en la piel con la uña o un estilete, dejan marcas elevadas y rojas como de urticaria.

Diaforesis: Sudoración, perspiración especialmente la profusa.

Distoria: Inquietud, malestar, opuesto a euforia.

Hiperprosexia: Exageración de la tensión, idea fija, obsesionante

Hipertensión: Aumento del tono o tensión en general, especialmente aumento de la presión vascular o sanguínea

Hipotensión: Tensión o presión baja o reducida, especialmente de la sangre

Letargo: Letargo.

Letargo: Estado patológico de sueño profundo y prolongado.

Logorrea: Locuacidad excesiva o anormal.

Midriasis: Dilatación anormal y permanente de la pupila

Narcolepsia: Estado caracterizado por accesos recidivantes, irresistibles, de sueño profundo, sueño paroxismal.

Peristalsis: Movimiento vermicular característico de los órganos tubulares provistos de fibras musculares circulares y longitudinales, especialmente intestino en virtud del cual su contenido progresa.

Taquicardia: Aceleración de los latidos cardiacos.

Urticaria: Erupción cutánea caracterizada por pápulas de límites netos, elevados, con vértice aplanado, casi siempre se acompañadas de eritema y prurito.

Xerostomía: Sequedad bucal por defecto de secreciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Lara F P, Takahashi H, León C La gran Metamorfosis Iber Adictus
1998, 24 11 a 17.
- 2 - Souza M M, Galsa CVM, Diaz B S L y col Farmacoterapia de los
síndromes de intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos. México, Edición
dirección de promoción Institucional,1997
- 3 - Rodríguez P J Por que nos drogamos. Del poder y otras adicciones
Estudio Psicoanalítico. Madrid España, Biblioteca Nueva.
- 4 - Guyton A C Tratado de Fisiología Médica, México 1998
- 5.- Pons D J, Berjano P E El inicio en el consumo de drogas en relación a
las dimensiones del autoconcepto en adolescentes. Revista Española de
drogodependencia 1996, 21 (3) 229 a 244
- 6 - Knies R C. Discontinuation of some depression, migraine, and anxiety
drugs can cause reactions Journal of Emergency Nursing 1998,24 (5) 424 a
426.
- 7.- Rodes F, Baulista M J, Vázquez M A. Muertes por reacciones adversas a
drogas de abuso. Revista Española de Drogodependencias 1996, 21 133 a
138