

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DROGODEPENDENCIA



Grado en Enfermería

4ª Curso

Autor: Jon Argüelles Eransus

Director: Lourdes Sainz

Convocatoria de defensa: 14 de junio

ÍNDICE

1. RESUMEN	4
1.1 ABSTRACT	4
2. PALABRAS CLAVES.....	4
2.1 KEY WORDS	4
3. OBJETIVOS	5
4. INTRODUCCIÓN	6
4.1 DEFINICIONES.....	6
4.2 FALSOS MITOS.....	6
4.3 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	8
5. METODOLOGÍA.....	13
5.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	13
5.2 ENTREVISTA PERSONAL.....	14
6. DESARROLLO	15
6.1 DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES DROGAS DE ABUSO.....	15
6.1.1 DIETILAMIDA DE ÁCIDO LISÉRGICO (LSD)	15
6.1.2 ALCOHOL ETÍLICO	16
6.1.3 ANFETAMINAS Y DROGAS DE DISEÑO	19
6.1.4 BEBIDAS ENERGÉTICAS.....	21
6.1.5 COCAÍNA.....	23
6.1.6 INHALANTES VOLÁTILES	24
6.1.7 OPIÁCEOS Y OPIOIDES.....	26
6.1.8 DELTA-9-TETRAHIDROCANNABINOL (THC) Y DERIVADOS CANABINNOIDES.....	28
6.2 ¿QUÉ ES UN CENTRO DE AYUDA/ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA (CAD)?	33
6.3 CIRCUITO DE INGRESO EN CENTRO DE AYUDA/ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA (CAD)	33
6.4 TRATAMIENTO DE LAS DROGADICCIONES.....	35
6.4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:	35
6.4.2 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA:.....	37
6.5 ADHESIÓN AL TRATAMIENTO.....	38
6.6 ACTUACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS ANTE UNA INTOXICACIÓN POR DROGAS	40
6.6.1 LOGARITMO DE ACTUACIÓN.....	40
6.6.2 COSAS QUE NO SE DEBE HACER.....	41
6.6.3 APP “2RESCAPP”.....	41

7.	DISCUSIÓN.....	42
7.1	ANÁLISIS DAFO	43
7.2	REFLEXIÓN ÉTICA.....	43
8.	CONCLUSIONES	45
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	46
10.	ANEXOS –Póster acerca de la atención de enfermería en drogodependencias.....	49

1. RESUMEN

Las drogas y la drogodependencia constituyen un problema de salud pública muy grave en España. Atendiendo a las estadísticas, se aprecia como el consumo de las diversas sustancias psicoactivas se ha visto aumentado en los últimos años, además de la aparición de nuevas drogas de diseño. El objetivo principal del presente trabajo es elaborar una herramienta para recoger las principales actuaciones a realizar ante una intoxicación aguda por drogas, y dar a conocer la labor enfermera en los Centros de Ayuda/atención a la Drogodependencia (CAD). Para ello, se ha realizado una búsqueda tanto en internet como en las bibliotecas y se ha visitado un CAD. Una de las labores más importantes del profesional de enfermería, en este sentido, consiste en favorecer la adhesión al tratamiento para facilitar el abandono del consumo de drogas. Aun así, todavía queda mucho trabajo por hacer para lograr reducir la morbilidad y mortalidad derivadas del consumo de drogas.

1.1 ABSTRACT

The drugs and the drug dependency constitute a serious problem of public health in Spain. Attending to the statistics, it is estimated as the consumption of the diverse psychoactive substances has met increased in the last years, besides the appearance of new drugs of design. The principal aim of the present work is to elaborate a tool to gather the principal actions to realize before a sharp poisoning for drugs, and nurse announces the labor in the Centers of Help / attention to the Drug dependency (CAD). For it, a search has been realized both in Internet and in the libraries and a CAD has been visited. One of the most important labors of the professional of nursery. In this respect, it is a question of favoring the adhesion to the treatment to facilitate the abandon of the consumption of drugs. Even this way, still a lot of work stays for doing to manage to reduce the morbidity and mortality derived from the consumption of drugs.

2. PALABRAS CLAVES

Drogodependencia, Tratamiento de deshabituación, Actuación de enfermería

2.1 KEY WORDS

Drug dependence, Nursery labor, Treatment for adiction

3. OBJETIVOS

- **OBJETIVO PRINCIPAL**

- Elaborar una herramienta que recoja las actuaciones de los profesionales sanitarios ante una intoxicación aguda por drogas y el tratamiento de la drogodependencia.

- **OBJETIVOS SECUNDARIOS**

- Describir la situación actual de drogadicción y analizar falsos mitos respecto de la misma.
- Exponer las características de las principales drogas de abuso y su efecto
- Describir las actuaciones enfermeras en los tratamientos de drogodependencia y la actuación ante una intoxicación aguda

4. INTRODUCCIÓN

En este trabajo nos centraremos en tratar uno de los mayores problemas que afecta a la sociedad española y, en general, a la población mundial: la drogadicción o drogodependencia.

4.1 DEFINICIONES

Para comenzar, definiremos algunos conceptos que se tratarán más adelante. Tales conceptos resultan básicos para poder comprender este fenómeno social que afecta a la salud, y poder diferenciar entre los distintos aspectos más importantes de las drogas y su dependencia.

Droga: Si tomamos la definición que ofrece la RAE, se entiende por droga a la “sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”. (1) En cambio, según Osuna Fuentes, droga es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones”. (2)

Drogodependencia: “El síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes” (2)

Uso: “Utilización de una sustancia, el gasto de ella de forma aislada sin que produzca efectos sociales, médicos, familiares, laborales, etc.” (2)

Hábito: “Costumbre de consumir una sustancia psicoactiva por habernos adaptado a sus efectos, pero sin necesidad imperiosa de ello. Su búsqueda no ocasiona alteraciones conductuales” (2)

Abuso: “Cualquier consumo de sustancias psicoactivas que dañe o amenace con dañar la salud física y/o psíquica o el bienestar social de un individuo, un grupo de individuos o la sociedad en general” (2)

4.2 FALSOS MITOS

Entre los jóvenes, sobre todo entre los jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas, existe un aura de invencibilidad mezclada con diversos falsos mitos que, a continuación, procederemos a describir, entre los que también se encuentran algunos extendidos en la sociedad en general. Empezaremos por enunciar el falso mito para, más tarde, desmentirlo o rebatirlo.

- **“Que una droga sea natural es sinónimo de que sea inocua”**

No por el simple hecho de ser una droga natural no va a tener efectos nocivos sobre el organismo, claro ejemplo de ello es el tabaco o la marihuana. En este caso, a pesar de proceder de una planta

como es el *cannabis sativa*, puede producir problemas severos a nivel del sistema nervioso central (SNC), pudiendo llegar a producir trastornos como esquizofrenias. (3)

- **“Todas las personas que consumen drogas se vuelven adictas”**

El mecanismo de la adicción a una sustancia depende de varios factores, entre los que se incluye la constitución biológica de la propia persona, el entorno social y la edad o la etapa de desarrollo en la que se encuentran dichas personas. Otros factores influyentes corresponden, por ejemplo, al entorno y la situación familiar, el nivel socioeconómico y el fracaso escolar. (3)

- **“Todos los jóvenes consumen drogas”**

Aunque normalmente se asocie el consumo de drogas a las personas jóvenes, la mayoría de las mismas no las consumen, aunque sí que coincide con la edad en la que se empieza a experimentar con las drogas. Como ejemplo, entre los 35 y los 44 años en España un 36,6% de las personas son consumidores problemáticos o de riesgo de cocaína, mientras que entre los 15 y los 24 años lo es un 10,4%, y entre los 25 y los 34 años un 34,4%. Esto deja un gran porcentaje de jóvenes que no consumen. (3,4)

- **“El tabaco y el alcohol no son drogas”**

Aunque sean sustancias legales, sí que pueden considerarse como drogas, puesto que producen efectos indeseados y tienen la capacidad para crear dependencias. Por ejemplo, un 38,3 de la población consume tabaco en los últimos 30 días. (3,4)

- **“Beber alcohol sólo los fines de semana no comporta riesgos para la salud”**

El consumo elevado de alcohol, aunque sea de forma puntual, puede ocasionar daños graves para la salud (coma etílico, por ejemplo) y se puede asociar a otras conductas de riesgo como conducir bajo los efectos del alcohol y la práctica sexual sin protección. (3)

- **“Vomitara acelera la eliminación de alcohol en la sangre”**

Una vez que el alcohol se ha absorbido y ha empezado a metabolizarse, cuando vomitamos lo que logramos es expulsar el alcohol que hay en el estómago, pero no logramos eliminar el alcohol que ha llegado a los pulmones ni el que ya ha entrado a la circulación sanguínea. (3,5)

- **“El tabaco light no es tan perjudicial como el tabaco normal”**

Este tipo de cigarrillos o tabacos contienen las mismas sustancias dañinas que contiene el tabaco “normal”. Lo único que se han reducido son los niveles de nicotina y alquitrán. Lo que muchas personas hacen es aumentar la dosis para compensar esos niveles de nicotina por lo que aumenta el nivel del resto de tóxicos presentes en el cigarrillo. (3)

- **“El cannabis tiene efectos terapéuticos, por eso es sano”**

Que sea terapéutico no significa que sea inocuo, sino que mejora los síntomas de alguna enfermedad. De hecho, cuando se receta como terapéutico se recomienda en forma de spray o en infusión, y siempre bajo supervisión. Sin embargo, el cannabis produce efectos secundarios graves como pueden ser la esquizofrenia además de resultar cancerígenos a largo plazo. (3,6)

- **“Dejar la heroína no es posible”**

El consumo de heroína suele ir asociado a factores de marginalidad y falta de soporte social y familiar por lo que se dificulta la deshabituación, pero no se impide. Actualmente, existen tratamientos farmacológicos y programas de reinserción social. El 47% de los pacientes sometidos a los tratamientos para la drogodependencia logran abstenerse durante los siguientes 28 días. (5,7)

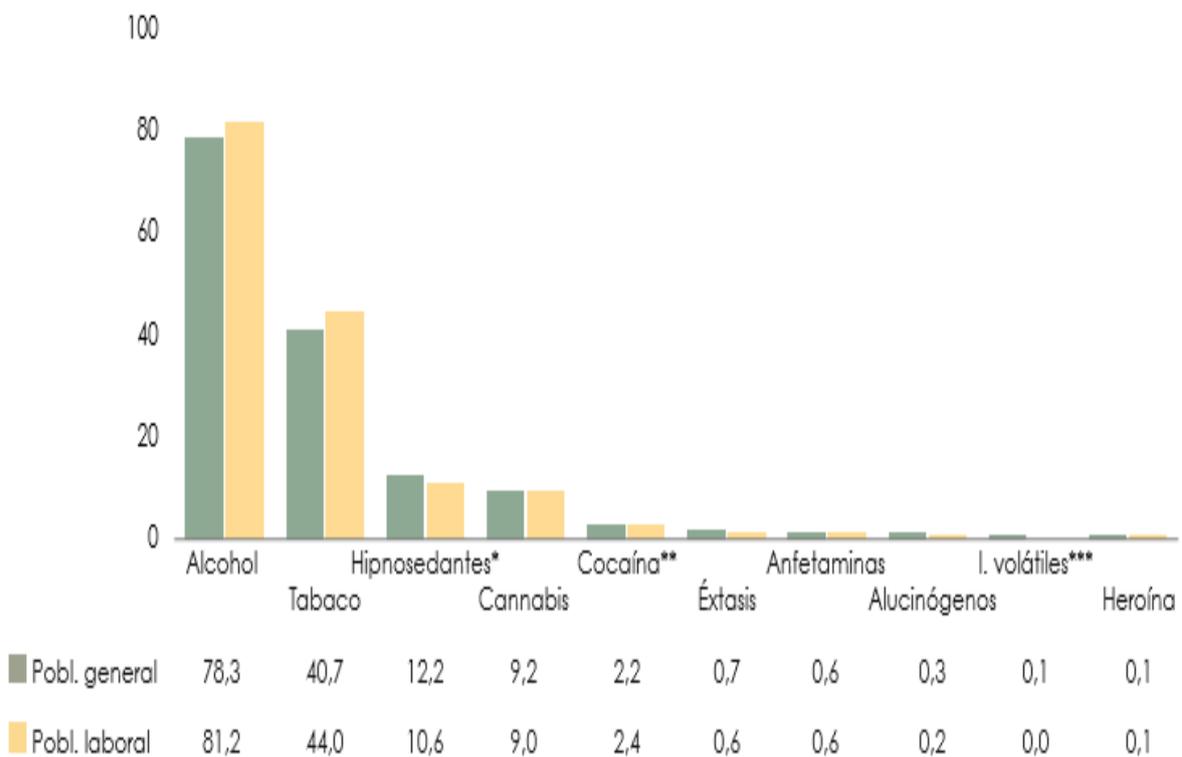
- **“Una droga produce los mismos efectos en todas las personas”**

Los efectos que una droga tendrá en una persona dependen de las propiedades de esa droga, las características de la persona y el contexto en el que se consume, por lo que la misma droga no tendrá las mismas consecuencias o efectos en todas las personas. (3)

4.3 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Para concluir con la introducción sobre la drogodependencia y su tratamiento, presentaré y comentaré algunos datos sobre dicho problema que parecen relevantes para entender el problema que supone a nivel social y su evolución en los últimos años:

Ilustración 1 Prevalencia de consumo de diferentes sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses en la población general y en la población laboral en España 2013. Fuente: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del INE.



En esta figura se puede observar como el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en la población española en el año 2013, tanto entre la población general (el 78,3% admite haberlo consumido el último año), como entre la población laboral (el 81,2% confiesa haberlo tomado el último año). Esto apoyaría uno de los mitos anteriormente mencionado de que el alcohol no es considerado como droga por numerosas personas comprendidas entre los 15 y los 64 años. Como contrapunto, la heroína es la sustancia psicoactiva menos consumida entre la población general (0,1%) y la segunda menos consumida a nivel laboral (0.1%) sólo por detrás de los inhalantes (0%).

Tabla 1 Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años según sexo y edad en España 2013. Fuente: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del INE.

	Hombre	Mujer	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	15-17	18-64	15-34	35-64	
Alcohol	93,1	95,0	91,3	89,9	93,8	93,4	94,2	93,3	75,2	93,7	92,2	93,7
Tabaco	73,1	77,5	68,6	61,5	73,4	74,6	78,5	73,4	42,9	74,0	68,5	75,6
Tranquilizantes (con o sin receta)	20,1	15,1	25,3	7,5	15,7	20,6	25,9	28,2	3,4	20,6	12,3	24,5
Somníferos (con o sin receta)	9,6	7,1	12,3	2,6	6,7	10,4	12,3	14,6	1,1	9,9	5,1	12,2
Hipnosedantes (con o sin receta)	22,2	16,8	27,6	8,2	17,0	22,8	28,3	31,5	3,6	22,7	13,4	27,0
Tranquilizantes (sin receta)	2,2	2,1	2,2	1,2	2,3	2,6	2,2	2,1	0,8	2,2	1,9	2,3
Somníferos (sin receta)	1,5	1,5	1,5	0,6	1,3	2,0	1,3	1,8	0,1	1,5	1,0	1,7
Hipnosedantes (sin receta)	2,7	2,6	2,8	1,5	2,9	3,2	2,6	2,7	0,8	2,7	2,3	2,8
Cannabis	30,4	37,9	22,7	33,0	41,7	32,6	25,5	13,3	19,6	30,7	40,2	25,0
Cocaína en polvo	10,2	14,9	5,4	6,4	15,2	14,5	8,1	3,7	1,4	10,5	11,6	9,4
Cocaína base	1,0	1,7	0,3	0,5	1,1	1,5	1,1	0,5	0,5	1,0	0,9	1,1
Cocaína (polvo y/o base)	10,3	15,0	5,4	6,6	15,3	14,6	8,2	3,8	1,6	10,5	11,7	9,5
Éxtasis	4,3	6,3	2,2	3,3	7,8	6,3	1,9	0,6	1,1	4,4	6,2	3,2
Anfetaminas/speed	3,8	5,7	1,8	2,9	6,2	5,1	2,6	1,3	0,9	3,9	4,9	3,2
Alucinógenos	3,8	5,8	1,8	3,0	6,3	5,4	2,3	0,9	1,3	3,9	5,0	3,1
Heroína	0,7	1,2	0,2	0,2	0,4	1,2	1,1	0,2	0,0	0,7	0,3	0,9
Inhalables volátiles	0,6	0,9	0,3	0,3	1,0	0,9	0,5	0,0	0,1	0,6	0,7	0,5

En esta tabla podemos ver representadas las drogas que la población española ha consumido, como mínimo, una vez en la vida. Se puede apreciar que el alcohol vuelve a ser la sustancia que más personas han probado en todos los intervalos de edad y en ambos géneros, siendo más abundante entre los hombres (95%) y entre las personas de 45 a 54 años (94,2%). Otro dato relevante que podemos apreciar es que el tabaco ha sido consumido alguna vez en la vida por un alto porcentaje de la sociedad en todos los estratos y ambos sexos, aunque también es más frecuente en hombres (77,5%) que en mujeres (68,6%) y también coincide el pico de consumo con las edades comprendidas entre 45 y 54 años (79,5%). Se trata de otra sustancia psicoactiva muy consumida y que no es considerada droga por la sociedad, lo que podría explicar su alta tasa de consumo. Estas sustancias son seguidas por el cannabis (20,4%) y por los tranquilizantes sin recetas (20,1%). La lista la cierran la heroína (0,7%) y los inhalantes volátiles (0,6%). En general, las sustancias psicoactivas son más consumidas por hombres que por mujeres, excepto los hipnóticos, los hipnosedantes y los tranquilizantes sin receta.

El consumidor prototipo de sustancias psicoactivas podríamos decir que es hombre de 45 a 54 años, consumidor de tabaco y alcohol.

Entre las sustancias psicoactivas más consumidas, se encuentra el alcohol. Un análisis más pormenorizado de su consumo se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2 Porcentaje de consumidores de alcohol de riesgo entre los que han consumido en el último año en la población de 15-64 años según sexo y edad en España 2009-2013. Fuente: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del INE.

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
2009	6,5	9,9	2,4	12,0	16,1	7,4	8,8	13,5	2,7	4,1	6,9	0,8	4,6	7,1	1,5	3,5	6,0	0,1
2013	6,4	9,7	2,6	11,8	16,0	7,1	7,5	11,7	2,4	5,1	8,0	1,6	4,6	6,8	2,1	4,3	7,5	0,3

T= Total, H= Hombre, M= Mujer

Se puede apreciar que se ha producido una evolución entre el año 2009 y el año 2013 en el consumo de alcohol, en el que se aprecia una disminución en el consumo en intervalo comprendido entre los 25-34 años (de 8,8% a 7,5%) y un aumento entre 35-44 años (de 4,1% a 5,1%) y 55-64 años (de 3,5% a 4,3%). Si diferenciamos por sexos, apreciamos cómo hay un descenso de consumo en las edades de 25-34 años de los hombres (13,5% a 11,7%) y un aumento de consumo de las mujeres de 35-44 años (de 0,8% a 1,6%).

Tabla 3 Características de los consumidores frecuentes de cannabis (han consumido cannabis 20 días o más en el último mes) en la población de 15-64 años 2011 y 2013. Fuente: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del INE.

	2011	2013
Sexo (% hombres)	76,3	78,4
Edad media (años)	31,1	32,0
Grupos de edad (años)		
15 a 24 años	31,4	27,6
25 a 34 años	35,4	37,5
35 a 44 años	22,5	20,7
45 a 54 años	7,3	11,1
55 a 64 años	3,3	3,1
Nacidos fuera de España (%)	5,0	8,4
Máximo nivel de estudios completado (%)		
Sin estudios	6,2	2,1
Eenseñanza primaria	18,4	17,6
Eenseñanza secundaria	67,6	73,0
Estudios universitarios	7,8	7,3
Situación laboral (%)		
Trabajando	54,0	31,6
Parado no habiendo trabajado	4,3	5,6
Parado habiendo trabajado	33,3	39,4
Otras	17,4	23,4

Por lo que respecta al cannabis o más comúnmente llamado por la población “marihuana”, apreciamos como la edad media de los consumidores (32 años) es bastante elevada para la concepción social que existe sobre esta sustancia y su consumo, en la que lo consumen los jóvenes como inicio en el consumo de sustancias psicoactivas. Siguiendo con esta idea, vemos cómo el mayor consumo se da entre los 25 y los 34 años (37,6%) seguido por las edades entre 15 y 24 años (27,6%). En cuanto al nivel de estudios, apreciamos como un mayor nivel de estudios supone un aumento en el consumo hasta llegar a las personas cuyo mayor nivel de estudios es la ESO donde llega a su pico (73%), y se observa un marcado descenso en las personas cuyo mayor nivel de estudios es la universidad con un 7.3%. Una posible explicación es que hasta la ESO la educación es obligatoria y se va llegando a la edad en la que mayor es el consumo, mientras que en la universidad no se incluyen todos los jóvenes y se incluyen personas de otros sectores de edad en la que el consumo es menor. En cuanto a la situación laboral, el mayor consumo se da en trabajadores (31,6%) puesto que tienen un mayor nivel adquisitivo seguido de los parados habiendo trabajado (30,4%), por delante de los parados sin haber trabajado previamente (5,6%) que tienen un menor poder adquisitivo.

Tabla 4 Características de los consumidores frecuentes de cocaína (han consumido cocaína 20 días o más en el último mes) en la población de 15-64 años 2011 y 2013. Fuente: OEDT. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) y población del INE.

	2011	2013
Sexo (% hombres)	79,9	80,2
Edad media (años)	34,7	36,8
Grupos de edad (años)		
15 a 24 años	16,6	10,4
25 a 34 años	38,1	34,4
35 a 44 años	27,0	36,6
45 a 54 años	17,3	13,2
55 a 64 años	0,9	5,4
Máximo nivel de estudios completado (%)		
Sin estudios	6,1	4,3
Enseñanza primaria	20,5	13,4
Enseñanza secundaria y estudios universitarios	73,4	81,7
Situación laboral (%)		
Trabajando	45,8	39,3
Parado no habiendo trabajado	4,1	3,0
Parado habiendo trabajado	36,0	45,0
Otras	14,1	12,7

Atendiendo a los datos sobre consumo de heroína publicados por el Gobierno de España, podemos ver como la edad media de consumo es bastante elevada. El grupo de edad que más la consume es el comprendido entre 35 y 44 años con un 36,6%. Esto puede acercarse a la creencia popular de que se comienza con cannabis y alcohol y, con la edad, el consumo se redirige hacia drogas duras como son la heroína, la cocaína... También vemos que el consumo entre los 55 y los 64 años es de 5,4%, que puede ser debido a que el consumo de heroína durante varios años está altamente asociado a la muerte. En cuanto al nivel de estudios, apreciamos que es muchísimo mayor en personas con estudios secundarios y estudios universitarios. El consumo de heroína es mayor en personas paradas habiendo trabajado (45%), y una posible explicación es que la heroína sea una vía de escape a una situación laboral desalentadora y que tiene un poder adquisitivo suficiente para poder permitirse la compra de dicha sustancia. En definitiva, podría decirse que el consumidor prototipo es una persona entre 35 y 44 años, con estudios secundarios y/o universitarios y parado habiendo trabajado anteriormente.

5. METODOLOGÍA

5.1 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A la hora de realizar este proyecto o herramienta, se ha hecho uso de diversas bases de datos:

- **Cinahl:** Se trata de una base de datos de investigación en enfermería y profesiones relacionadas. Cubre las disciplinas de enfermería, biomedicina, medicina alternativa y complementaria, salud, etc. También contiene referencias de libros, tesis y congresos, entre otros materiales. Disponible en: www.ebscohost.com
- **Cuiden:** Es la base de datos de la Fundación Index de Enfermería. Incluye la producción científica de la enfermería española e iberoamericana. Disponible en: <http://www.index-f.com/new/cuiden/>
- **Elsevier:** Se trata del buscador de datos que explora varios repositorios de datos. Intenta ser un metabuscador en todos los archivos de datos disponibles en abierto. Disponible en: <https://datasearch.elsevier.com/#/>
- **Google académico:** Base de datos de Google que realiza búsquedas dentro de los materiales relacionados con la investigación académica y la docencia universitaria, albergados en las universidades, centros de investigación, repositorios institucionales, editores de publicaciones científicas, etc. Disponible en: <https://scholar.google.es/>
- **Medline:** Base de datos bibliográfica de temas médicos, que recoge sólo artículos de revistas científicas. La temática es la biomedicina y la salud en sentido amplio. Disponible en: <https://www.medline.com/>
- **Pubmed:** Portal de información biomédica desarrollado por la US National Library of Medicine del National Institutes of Health. También proporciona acceso a otras bases de datos del NIH, relacionadas con la biomedicina, sobre genética, consultas médicas, taxonomía, etc. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
- **Dialnet:** Base de datos de contenidos científicos hispanos liderada por la Universidad de La Rioja, en la que colaboran más de 20 universidades españolas e iberoamericanas. Recoge artículos de revistas, documentos de trabajos, partes de libros colectivos, tesis doctorales, referencias de libros, etc. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/documentos>
- **Académica-e:** Se trata de un repositorio institucional de la Universidad Pública de Navarra. Ofrece la producción científica y académica de los miembros de la Universidad en acceso abierto y a texto completo. Destacan las colecciones de Trabajos Fin de Estudios, Tesis doctorales y Artículos de revista. Disponible en: <http://www.unavarra.es/academica-e>

- **Scielo:** Base de datos "regional" de artículos de revistas publicados en Iberoamérica y el Caribe, España, Portugal y Sudáfrica. Cobertura multidisciplinaria. Disponible en: <http://www.scielo.cl/>

Por otra parte, se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados.

También se realizó una revisión bibliográfica en algunas revistas:

- **Revista de toxicología:** Se trata de una revista científica centrada en temas relacionados con tóxicos y la toxicología. Disponible en: <http://www.aetox.es/revista/>
- **Revista perspectivas:** Se trata de una revista académica y científica de investigación enfocada en las ciencias económicas y empresariales. Su objetivo principal es crear un espacio de comunicación para propiciar el diálogo entre la Universidad Católica de Bolivia y el ámbito empresarial. Disponible en: <https://www.ucbca.edu.bo/universidad/publicaciones/revistas-2/perspectivas/>
- **Metas de enfermería:** Es una revista cuyo propósito es aportar conocimiento sobre el estado de la práctica enfermera actual, así como proporcionar información que sirva de base para la capacitación y la formación continuada especialmente de la enfermera clínica. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/>

Para completar la revisión bibliográfica que se han consultado diversos informes elaborados por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad del Gobierno de España junto con datos epidemiológicos publicados por el mismo. Para ello, se visitó la página web oficial: <https://www.msssi.gob.es/>

5.2 ENTREVISTA PERSONAL

Por último, y para complementar toda la información recabada a la hora de elaborar esta herramienta, se concertaron una serie de visitas y reuniones o entrevistas con la responsable médica de un Centro de Ayuda/atención a la Drogadicción (CAD).

6. DESARROLLO

6.1 DESCRIPCIÓN DE LAS PRINCIPALES DROGAS DE ABUSO

Para poder conocer cómo actuar y cuál es la labor llevada a cabo en los Centro de Ayuda/atención a la Drogodependencia (CAD), creo que es conveniente que expliquemos cuáles son los tipos de drogas y sus características y efectos.

6.1.1 DIETILAMIDA DE ÁCIDO LISÉRGICO (LSD)

Epidemiología:

El LSD ha mantenido con el paso de los años un consumo estable, aunque con un número pequeño de consumidores. Es una sustancia alucinógena derivado del hongo *Claviceps purpurea* (cornezuelo de centeno), que habitualmente se consume por vía oral con efectos sobre el SNC. (8)

Mortalidad:

La mortalidad directamente relacionada con el LSD podríamos decir que no es elevada si atendemos a los datos facilitados por el Gobierno de España: en cuanto a los alucinógenos (grupo en el que está introducido el LSD), podemos ver que la mortalidad por año nunca supera las 5 muertes anuales, siendo el año 2004 cuando más muertes provocó, y 2005 y 2009 como ejemplos de años sin muertes por este tipo de sustancia. (9)

Consumidor prototipo:

Se considera como consumidor prototipo de LSD a hombres entre 15-34 años. (10)

Clínica:

- **Manifestaciones clínicas:**
 - Midriasis
 - Taquicardia leve
 - Efectos colinérgicos (sialorrea, lagrimeo, náuseas, vómitos, diaforesis)
 - Broncoespasmo a dosis altas
 - Piloerección
 - Hipertensión arterial no constante
 - Temblor
 - Ataxia en grado variable
 - Debilidad muscular
 - Hiperreflexia osteotendinosa
 - Hipertermia

- **Trastornos psicológicos:**

- Alteración en la percepción visual (ilusiones, flashback, destellos de color, pseudoalucinaciones geométricas e imágenes remanentes)
- Alteración de la propia imagen corporal
- Sinestias
- Pérdida de la capacidad de asociación de ideas
- Ideas de persecución de tipo delirante
- Labilidad emocional
- Pérdida de sociabilidad
- Pérdida de control de los propios impulsos
- Cuadro de manía aguda
- Convulsiones generalizadas
- Cuadros de irritabilidad, fuga de ideas, insomnio, ideas de grandeza, ilusiones religiosas
- Crisis de pánico, despersonalización, depresión o alteración de las funciones superiores
- Síndrome depresivo agudo, con ideas de suicidio
- Mayor índice de abortos y anomalías en el recién nacido (8)

Complicaciones:

- Trastornos cerebrales irrecuperables
- Trastornos psíquicos de diferente grado, pudiendo llegar a la destrucción total de la personalidad
- Alteraciones del código genético
- Dependencia física y psicológica (11)

6.1.2 ALCOHOL ETÍLICO

Epidemiología:

En España, el 78,5% de los estudiantes entre 14 y 18 años admite haber consumido alcohol en el último mes con frecuentes episodios o casos de embriaguez o “*borrachera*” (el 24% de los casos). En personas mayores de 16 años, el porcentaje de consumidores en el último mes aumenta, llegando al 56%, lo que supone que más de la mitad de la población de esa edad lo ha tomado. A pesar de todos estos datos, según los productores de alcohol, el consumo en términos absolutos está disminuyendo con el paso de los años. (12)

Consumidor prototipo:

Se considera como tal a un varón mayor de 16 años, que consume en lugares públicos, ámbitos de diversión y casi exclusivamente en los fines de semana. Normalmente estos consumos acaban en episodios de embriaguez. Muchas veces va unido a la combinación con otras drogas. (12)

Mortalidad:

Según la página web sobre noticias mundiales *Sputnik Mundo*, cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% del total de defunciones en el estado español. (11)

Clínica:

- **No complicada:**
 - Aliento alcohólico
 - Incoordinación psicomotriz y de marcha
 - Imprecisión de gestos
 - Vértigo
 - Vómitos
 - Logorrea
 - Inyección conjuntival
 - Euforia
 - Locuacidad o verborrea
 - Exaltación de la imaginación
 - Embotamiento
 - Desinhibición
 - Trastornos de la atención
 - Síndrome cerebeloso
- **Intoxicación aguda:**
 - Agitación psicomotriz
 - Fases alternas de tristeza y agresividad
 - Logorrea
 - Familiaridad excesiva
 - Afectación de las funciones cognitivas
- **Coma alcohólico:**
 - Hipotermia
 - Midriasis bilateral poco reactiva
 - Hipotonía
 - Abolición de los reflejos osteotendinosos
 - Bradicardia
 - Hipotensión
 - Depresión respiratoria (12)

Complicaciones:

- **Crisis convulsivas:** Los accidentes cerebrovasculares son la causa más común de las crisis convulsivas en mayores de 50 años. Pero también pueden ser producidas por el consumo excesivo de alcohol o como consecuencia de abstinencia alcohólica (epilepsia alcohólica). Este tipo de crisis aparece 2 ó 3 veces año en personas con mucho tiempo de consumo habitual, y desaparecen tras un año de abstinencia total.
- **Síndrome de abstinencia:** Caracterizado por cuadros de ansiedad, temblor, problemas cognitivos, delirium tremens... Es producto de la detención o de la disminución del consumo de alcohol, que puede estar provocada por la retirada total del mismo o por una disminución

en su ingesta. Consta de dos fases, y en su primera fase aparecen sudores, mioclonías, temblores, náuseas, vómitos y diarreas, sed, agitación, hipertensión, hiperreflexia, irritabilidad, ansiedad, insomnio, calambres y tendencia a la depresión. En la segunda fase, las manifestaciones se vuelven más leves y se tiende hacia la normalidad de nuevo.

- **Hepatitis aguda alcohólica:** Aparecen tras una intoxicación alcohólica aguda importante. Se caracteriza por una inflamación con infiltración del hígado por leucocitos, necrosis hepatocelular y “balonización” de células. Puede haber o no haber sintomatología, y en caso de que la haya consiste en: anorexia, náuseas, malestar general, dolor abdominal, enflaquecimiento, fiebre, hepatoesplenomegalia (1/3 casos), ictericia, angiomas estelares, ascitis, síndrome hemorrágico cutáneo mucoso, citolisis y encefalopatía.
- **Trastornos metabólicos:** Suceden por la interacción entre el metabolismo del alcohol y el metabolismo propio del organismo. Uno de los principales problemas es la *cetoacidosis alcohólica*, ocasionada por la combinación de consumo de alcohol con varios días de ayuno. La clínica se basa en dolor abdominal, náuseas y vómitos, deshidratación, taquicardia, olor afrutado del aliento, acidosis metabólica y cuerpos cetónicos en orina. Otro de los posibles problemas es la *hipoglucemia*, que se presenta raramente en las intoxicaciones de los adultos y se encuentra favorecida por desnutrición, ayuno prolongado y lesiones hepáticas. Este cuadro se caracteriza por confusión e inquietud, hipertensión muscular, reflejos osteotendinosos vivos y en ocasiones convulsiones.
- **Hiponatremia:** La hiponatremia es más común en los bebedores de cerveza, que es rica en carbohidratos y con alta carga osmótica, produciendo, así, poliuria. Estas pérdidas hídricas por orina se compensan aumentando la ingesta alcohol, lo que agrava los desequilibrios electrolíticos. Esta afectación produce edema cerebral, obnubilación, coma, signos de hiperexcitabilidad, contracciones musculares, irritabilidad o crisis convulsivas. En caso de no solucionar este desequilibrio, puede llegar a darse la mielinosi centropontina.
- **Rabdomiolisis:** Supone una necrosis del músculo, ya que el alcohol y sus metabolitos son tóxicos para el músculo estriado. La actividad muscular intensa en una crisis convulsiva o en un delirium tremens es la desencadenante de la rabdomiolisis, así como los traumatismos y las compresiones musculares. Parece ser que la hiponatremia y la hiperfosforemia también pueden ser causantes de la rabdomiolisis. La clínica incluye mialgias, impotencia funcional y edema focalizado o generalizado de los músculos. La mayoría de los casos son asintomáticos.
- **Infecciones graves:** Al ser el alcohol un tóxico medular, produce leuconetropenia, disminuye la fagocitosis y la migración leucocitaria, lo que sumado a los trastornos de la consciencia que favorecen la broncoaspiración por inhibición del reflejo de la tos y de la glotis, supone un aumento en el riesgo de sufrir infecciones graves. Las más comunes son la neumonía, las infecciones intestinales y las del líquido ascítico. Esta última, se manifiesta por fiebre, diarrea, dolor abdominal, meteorismo y en ocasiones encefalopatías.
- **Shoshin-Beriberi:** Es una enfermedad causada por la falta de tiamina, y que sólo da manifestaciones clínicas en menos del 10% de los casos. Esta enfermedad se ve favorecida por un aporte excesivo glucídico o por una infección. En el beriberi *seco* hay una afectación del SNC y en el beriberi *húmedo* hay una afectación cardíaca. La clínica se caracteriza por disnea de esfuerzo, trastornos digestivos, vómitos y dolores abdominales, agitación, respiración de Kussmaul, colapso, cianosis en calcetines y dedos de guantes, pulsos femorales y carotídeos amplios y pulsos periféricos débiles, taquicardia con tercer ruido, signos de insuficiencia cardíaca, cardiomegalia en Rx torácico, acidosis metabólica severa y lactacidemia, bajos niveles de tiamina y alteración de la actividad transcetolasa de los hematíes. (12)

6.1.3 ANFETAMINAS Y DROGAS DE DISEÑO

Epidemiología:

Se considera que, en 2006, la cifra de consumidores de drogas de diseño en el mundo entre los 15 y los 64 años asciende a 34,7 millones. Los consumidores de éxtasis y anfetaminas también suelen consumir otras drogas, pudiendo considerarse, así, politoxicómanos o policonsumidores. Lo más habitual es que los combinen con alcohol, tabaco o cannabis. (13)

Clasificación:

De acuerdo a su estructura química, se ha establecido la siguiente categorización:

- **Feniletaminas:** Presentan una estructura parecida a la mescalina
 - Anfetaminas
 - ❖ Anfetaminas
 - ❖ Metanfetaminas (speed)
 - ❖ Efedrina (éxtasis verde)
 - Anfetaminas entactógenas
 - ❖ 3,4-metilenodioxianfetamina (MDA)
 - ❖ 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA, éxtasis)
 - Anfetaminas alucinógenas
 - ❖ 4-bromo-2,5-dimetioxianfetamina (DOB)
 - ❖ 4-bromo-2,5-dimetioxifenilamfetamina (2CB-MFT)
- **Derivados de 1-aril-piperazina:** Tienen estructuras similares a la del MDMA
 - 1-benzilpiperazilina (BZP o A2)
- **Derivados pirrolidinofenonas:** Poseen estructuras similares a la de la anfetamina
 - R,S-4-metoxi-pirrolidinopropiofenona (MOPPP)
- **Derivados de los opioides:** Son análogos del fentanilo y la petidina, teniendo así la misma función
 - 3-metil-fentanilo (3MF)
 - 1-metil-4-fenil-4-propionoxipiperidina (MPPP)
- **Ariciclohexilaminas:** Son sustancias alucinógenas, análogos de la fenciclidina
 - Fenciclidina (Polvo de ángel)
 - Ketamina (special K)
- **Derivados de la metacuolona:** Tienen un efecto sedante sobre el organismo
 - Meclocualona
- **Otras:** Sustancias no pertenecientes al resto de subgrupos
 - Gammahidroxitirato (GHB, éxtasis líquido) (13)

Mortalidad:

A la hora de considerar la mortalidad por anfetaminas y drogas de diseño, nos referiremos a dos tipos de estadísticas: unas donde se aúnan todas las drogas de diseño (incluyendo la cocaína), y otra teniendo en cuenta sólo anfetaminas y éxtasis.

En cuanto a las drogas de diseño, se puede hablar de una alta mortalidad que ha ido aumentando con el paso de los años, siendo de 279 muertes en el año 2006 y de 328 muertes en el año 2014 en

España. En el caso de las anfetaminas, también se ve un aumento en el número de muertes anuales, pero con cifras mucho menores, habiendo 22 muertes en el año 2006 y 59 muertes en el año 2014. (14)

Consumidor prototipo:

Si hablamos de consumidor típico o prototipo de drogas de diseño, se trataría de un varón de entre 15 y 29 años, que vive con sus padres y que estudia o trabaja. Normalmente se realiza un consumo en grupo con los amigos, en discotecas, "botellones" o en macrofiestas. El consumo se dispara en fines de semana, en zonas turísticas y zonas de fiestas. (13)

Clínica:

Los efectos dependerán, en gran parte, de la combinación de las diferentes sustancias y de su potencia.

- **Efectos subjetivos:**

- Anfetaminas y MDMA:

- ❖ Euforia y bienestar
- ❖ Psicoestimulación
- ❖ Extroversión y locuacidad
- ❖ Hiperactividad
- ❖ Disminución del apetito, de la fatiga y del sueño
- ❖ La anfetamina mejora levemente el rendimiento psicomotor y el MDMA no
- ❖ Incremento de la presión arterial y frecuencia cardíaca
- ❖ Hipertermia
- ❖ Midriasis, posible hipersensibilidad a la luz y posible visión borrosa
- ❖ Sequedad de boca con sensación de sed
- ❖ Sudoración con sensación de frío inicial y después calor
- ❖ Temblores y tensión muscular
- ❖ Bruxismo

- MDMA:

- ❖ Estado emocional positivo y agradable
- ❖ Aumento de la empatía y la sensualidad
- ❖ Alteración en la percepción cromática
- ❖ Mayor agudeza visual y auditiva
- ❖ Alteración de la percepción subjetiva del tiempo

- **Efectos hormonales:**

- Aumento de la liberación de ACTH, cortisol, prolactina y ADH
- Reducción de linfocitos CD4 y aumento de los linfocitos natural killer
- Cambio de citocinas Th1 a citocinas Th2, disminuyendo la interleucina 2 y el interferón, y aumentando las interleucinas 4 y 10

- **Efectos tras dosis altas:**

- Agotamiento
- Estado de ánimo bajo (13)

Complicaciones:

- **A corto plazo:**
 - Exageración de los efectos farmacológicos
 - Intoxicación aguda
- **A largo plazo:**
 - Hipertensión pulmonar
 - Cardiotoxicidad
 - Miocardiopatía dilatada y alteraciones valvulares
 - Favorece la arterioesclerosis
 - Vasculitis arterial en diversos órganos
- **Trastornos mentales:**
 - Dependencia física y psicológica (no sucede con el MDMA)
 - Delirium, psicosis y ansiedad,
 - Trastornos del estado de ánimo, sexuales y del sueño
 - Síndrome de abstinencia que cursa con fatiga, sueños desagradables, insomnio o hipersomnias, aumento del apetito y agitación psicomotriz (13)

6.1.4 BEBIDAS ENERGÉTICAS

Epidemiología:

Para empezar, creo que es importante matizar que este tipo de bebidas es denominado “energizante” por su efecto estimulante del sistema nervioso central y no por su contenido calórico. Este tipo de bebidas comparten la finalidad de consumo como psicoestimulantes, la composición parecida, el acceso libre a ellas y su bajo precio. (15)

Sustancias más conocidas:

Existen diversas marcas comerciales, pero podría decirse que las más conocidas son Red Bull®, Burn®, Monster® y PowerHouse®. (15)

Clasificación:

A continuación, se describen brevemente las características más importantes de los tres componentes principales integrados en ellas:

- **Taurina:** es un aminoácido presente en el SNC, músculo estriado y pulmón. Actúan sobre los canales de calcio de bajo voltaje, acortando el tiempo de reacción a los estímulos y aumentando la sensación de bienestar y sociabilidad.
- **Inositol:** Pertenece al complejo vitamínico B y forma parte de la composición de los fosfolípidos de la membrana celular. Su función es regular la respuesta de la misma potenciando los efectos de la taurina y la cafeína. Sin embargo, puede producir un estado de manía por sí mismo.
- **Cafeína:** es antagonista de los receptores A2 de la adenosina, por lo que cualquier músculo estriado se ve afectado por sus efectos. Estimulan la liberación de ácidos grasos libres y

disminuyen de forma inmediata la sensibilidad a la insulina en el músculo esquelético. Provoca una estimulación simpaticomimética, vasoconstrictora y estimulante del SNC. En casos de pacientes que padecen esquizofrenia, se ha apreciado un alto consumo de cafeína para mejorar su sensación de fatiga, mejora la concentración y la depresión. (15)

Mortalidad:

Diversos estudios han demostrado que dosis superiores a 300 mg de cafeína son peligrosas, aunque esto puede variar en función al peso corporal del consumidor y la tolerancia para dicha sustancia. Se estima que la dosis mortal se sitúa en 192 mg de cafeína por kg, lo que equivaldría a que una persona de 70 kg tomara 13.440 mg de cafeína (unas 84 latas de Monster® de medio litro). Con esto deducimos que existe una dosis letal, pero que es casi imposible de alcanzar dicha dosis. (16)

Consumidor prototipo:

Tomando como referencia el trabajo de fin de grado realizado por Eduardo Martínez García, estudiante de marketing de la universidad de Sevilla, podemos decir que el paciente prototipo es una mujer soltera menor de 25 años, estudiante, con unos ingresos menores al salario mínimo, que ha probado o consumido anteriormente este tipo de bebidas. (17)

Clínica:

- **Sintomatología:**

- Cuadros de psicosis aguda o de manía, con impulsividad importante muy difícil de controlar, ideas de grandeza, suspicacia, hiperactividad, agresividad, falta de control de los impulsos y agitación psicomotriz severa
- Arritmias cardíacas supraventriculares
- Síndrome coronario agudo por vasoespasmos. La posibilidad de sufrir un IAM depende de la genética, que condiciona la velocidad de metabolismo. Aquellos que metabolizan más lentamente presentan un mayor riesgo. (15)

Complicaciones:

- **Hipertensión arterial:** A corto plazo (la cafeína, sobre todo) aumenta la presión arterial e incrementa la sintomatología de enfermedades hipertensivas previas, pudiendo apreciarse una mayor incidencia de HTA entre los consumidores de bebidas energéticas. Pero, a largo plazo (pasados 12 años), no se ha podido apreciar ninguna relación entre estas sustancias y la hipertensión.
- **IAM:** En un estudio realizado en Costa Rica se vio que, tras una ingesta de 200 mg de cafeína por un individuo sano, el flujo sanguíneo miocárdico se veía disminuido, lo que se agrava en condiciones de hipoxia. Realmente no ha habido ningún estudio capaz de relacionar directamente el consumo de cafeína con el IAM. Sin embargo, este estudio ha establecido una relación que parece contradecir los datos anteriores: la hora siguiente a tomar una taza de café, el riesgo de padecer un IAM presenta una relación inversa con el consumo diario de café. Es decir, cuantas más tazas de café se tomen a diario, menor es el riesgo de padecer IAM.
- **Hepatopatía:** Estudios realizados a pacientes cirróticos (alcohólicos y no alcohólicos) determinan que tomar 4 ó más tazas de café al día tiene un efecto “protector” ante las

hepatopatías. Este efecto se ve más acentuado en el caso de los cirróticos alcohólicos, acompañándose de una disminución de transaminasas en plasma. (15)

6.1.5 COCAÍNA

Epidemiología:

La cocaína es un alcaloide que se obtiene del arbusto *Erythroxylum coca*, y que en el medio sanitario se usa como anestésico local y vasoconstrictor. En España, alrededor de un 44% de las consultas a urgencias por sustancias psicoactivas corresponden a reacción aguda de la cocaína consumida por vía inhalada. (18)

Mortalidad:

En un estudio realizado con pacientes de Madrid y de Barcelona por el *Centre d'assistència terapèutica de Barcelona*, se llevó a cabo una comparación de la mortalidad entre admitidos a tratamiento por abuso de drogas entre los años 1997 y 2007 y los datos sobre la mortalidad de la población general entre los años 1997 y 2008. En dicho estudio se observó que, en comparación, los consumidores de cocaína tenían una mortalidad 5,1 veces superior, y 14,2 veces mayor, si se combinaba con la heroína. (19)

Consumidor prototipo:

Varón de raza blanca de 31-32 años, casado y desempleado, que consumió por primera vez entre los 22 y los 25 años. La vía de consumo más frecuente es la vía intranasal, 1-2 veces por semana. Lo más común es que algún familiar cercano también consuma cocaína. (20)

Clínica:

- Pensamiento atrofiado o distorsionado
- Confusión acompañada de ansiedad
- Depresión y mal humor
- Ataques de pánico
- Desconfianza
- Midriasis
- Falta de sueño y de apetito
- Pérdida de apetito sexual
- Inquietud e irritabilidad
- Verborrea
- Alucinaciones y paranoias (21)

Complicaciones:

- **Isquemia coronaria:** La actividad protrombótica de la cocaína favorece la agregación plaquetaria. Por otro lado, La liberación de catecolaminas aumenta el consumo miocárdico de oxígeno y acorta la diástole induciendo vasoconstricción de las arterias coronarias. En el 50% de estos sucesos, se presenta dolor torácico, que normalmente es en personas de edad inferior a 35 años.
- **Hipertensión arterial:** Debido a la liberación de adrenalina, pero que tiende a resolverse por sí misma. A veces, puede evolucionar a convulsiones, accidentes cerebrovasculares o Edema agudo de pulmón (EAP).
- **Arritmias:** Habitualmente se hallan extrasístoles ventriculares, u otras taquicardias supraventriculares incluso, taquicardias ventriculares.
- **Hipotensión arterial y shock:** Debido a un consumo total de neurotransmisores, o debido a la liberación de adrenalina anteriormente mencionada. En caso de parada cardiorrespiratoria será necesario alargar las maniobras más de 30 minutos para, así, dar tiempo a la metabolización de la cocaína.
- **Accidentes cerebrovasculares:** Suponen entre el 10 y el 30% de los ictus (tanto isquémico como hemorrágico) en menores de 40 años.
- **Cefalea:** A causa de irregularidades en la síntesis de la serotonina, ya que la cocaína interfiere en ese proceso. También puede deberse a la retirada de la cocaína, que incita a los pacientes a volver a consumir.
- **Convulsiones:** El 2-10% de los consumidores de cocaína ha sufrido o sufrirá convulsiones. Estas pueden aparecer inmediatamente o incluso una hora después de su consumo. Pueden aparecer sin tener antecedentes epilépticos, y pueden deberse a ictus isquémicos, a ictus hemorrágicos o a hipoglucemia. (18)

6.1.6 INHALANTES VOLÁTILES

Epidemiología:

En 2003, el 0,8% de la población española admitía haber consumido por lo menos una vez este tipo de sustancias. Es necesario comentar que esta cifra es muy baja en comparación con otras sustancias psicoactivas. (22)

Las **principales características** de este tipo de sustancias son las siguientes:

- Son volátiles
- Son liposolubles
- Presentan buena absorción a nivel pulmonar
- Penetran bien en el sistema nervioso central (SNC)
- Su efecto sobre el SNC es muy rápido
- Son de fácil obtención legal y de precios económicos (22)

Sustancia más conocida:

Pegamento en cola, anestésicos, gasolina y aerosoles. (22)

Mortalidad:

El número de muertes por inhalantes volátiles es muy bajo, más aún si lo comparamos con otro tipo de drogas. Se han descrito casos aislados de fallecimiento tras un único consumo de inhalantes. Además, un consumo prolongado de este tipo de sustancias provoca graves alteraciones y secuelas neurológicas, psiquiátricas y sociales. (22)

Clasificación:

- **Disolventes volátiles:** Producen una inhibición del SNC. Agrupa los limpiadores de pintura, la gasolina, los limpiadores de grasa, pegamentos, tipex...
- **Aerosoles:** Producen una inhibición del SNC. Disolventes de pintura en aerosol, atomizadores para desodorantes y lacas, aerosoles de aceite vegetal...
- **Gases:** Producen una inhibición del SNC. Anestésicos, éter, cloroformo, óxido nitroso...
- **Nitritos:** A diferencia de los anteriores producen una desinhibición del SNC y no modifican el estado de ánimo. Vasodilatadores periféricos, relajantes musculares, *poppers*, *snappers*... (22)

Paciente prototipo:

Consumidor de 13-16 años, de nivel social bajo, mal rendimiento escolar, de medio urbano o rural, los consume en grupo y conjuntamente con otras sustancias. Suele estar asociado a personas que han sufrido abusos sexuales durante la infancia, lo que podría corresponder a una forma de evadirse de la realidad rápida, barata y fácil de conseguir. (22)

Clínica:

- **Cuadro leve:**
 - Euforia
 - Desinhibición
 - Seguidamente, un periodo de estupor que varía de intensidad y duración dependiendo de la inmadurez del sistema nervioso central
- **Cuadro agudo y subagudo:**
 - Muerte súbita por arritmias ventriculares malignas
 - Encefalopatías agudas con cefalea, alucinaciones, psicosis tóxica aguda, convulsiones, estupor o coma, mareo, ataxia, disartria, irritabilidad, falta de atención y de capacidad de concentración
 - Clínica laríngea que varía dependiendo de las características químicas de la sustancia inhalada: edema de glotis, inflamación aguda o crónica, fibrosis, ulceración, degeneración o necrosis, hiperplasia, hiperqueratosis, metaplasia escamosa o degeneración neoplásica.
 - Broncoespasmo agudo
 - Broncoaspiración lipídica e insuficiencia respiratoria, lo que evoluciona hacia neumonía lipoidea
 - Edema agudo de pulmón
 - Acidosis tubular renal
 - Insuficiencia renal aguda
 - Necrosis hepática aguda y fibrosis hepática residual
 - Debilidad muscular aguda que puede ser secundaria a una rabdomiólisis

- Hipotensión arterial, que puede derivar en un síncope si se agrava mucho
- Náuseas y vómitos
- Metahemoglobinemia que puede ser grave causada por los nitritos y que puede llevar a hipoxia de tejidos por una mala liberación de oxígeno por medio de la metahemoglobina
- Depresión medular
- Leucoencefalopatía desmielinizante crónica a nivel de cerebro y de cerebelo
- Polineuropatía periférica que se ve agravada en el caso de consumo crónico de los inhalantes volátiles (22)

Complicaciones:

- **Asfixia:** Tras inhalaciones repetidas, las sustancias inhaladas se intercambian por el oxígeno de nuestras vías aéreas, reduciendo el oxígeno disponible en los mismos.
- **Convulsiones:** Estas convulsiones están causadas por las descargas eléctricas anormales en el cerebro debido a los componentes de los inhalantes.
- **Coma:** Como consecuencia de las mismas sustancias, a dosis elevadas.
- **Atoramiento:** Después de inhalar estas sustancias psicoactivas, muchos consumidores vomitan. Esto, acompañado de un nivel de consciencia más bajo, puede llevarles a sentir algo a lo que ellos hacen referencia como una sensación que “les obstruyen” y se ahogan.
- **Trauma mortal:** Son muertes secundarias al consumo de inhalantes volátiles, como pueden ser caídas, accidentes de tráfico... (23)

6.1.7 OPIÁCEOS Y OPIOIDES

Epidemiología:

En los últimos años, se ha reducido el consumo de opiáceos tras la implantación de programas de mantenimiento para drogodependientes con metadona a principios de los años 90. En España, en el año 2011 están en tratamiento con metadona unas 700.000 personas. Además, suponen una alta tasa de necesidad de los servicios sanitarios, normalmente de urgencias, que suelen estar justificadas por las sobredosis y efectos secundarios de los opiáceos y los opioides. La vía de administración más frecuente es la vía intravenosa (shutting-up), la vía cutánea por medio de parches (skin-popping) e intranasal (sniffing). (24)

Clasificación:

- **Opiáceos:** son derivados naturales alcaloides que se obtienen del opio extraído de las cápsulas de la semilla de la planta *Papaver somniferum*. Dentro de esta planta se encuentran varios alcaloides entre los que se encuentran la morfina, la codeína y la papaverina.
- **Opioides:** son compuestos químicos obtenidos en laboratorio con actividad similar a los opiáceos. Dentro de estos pueden ser semisintéticos (heroína) o sintéticos (metadona). La mayoría de estas sustancias son propensas a crear dependencia y adicción, lo que es un inconveniente para su uso sanitario. (24)

Sustancias más conocidas:

Las sustancias más conocidas por la sociedad, en general, podrían ser la heroína, la metadona y el fentanilo. (24)

Mortalidad:

La sobredosis de heroína es motivo de varios centenares de muertes anuales en España. La tasa de mortalidad es entre 6 y 20 veces más alta de la esperada para individuos de la misma edad y sexo. En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se observa una tendencia al incremento de casos de intoxicación por opiáceos en combinación con otros compuestos. (24)

Consumidor prototipo:

Además de las personas que han llegado al consumo de heroína después de la ingesta de otras sustancias, existe un tipo de consumidor especial: se trata de personas que han requerido de su uso en el ámbito hospitalario y se han vuelto adictos o personas en tratamiento para la drogodependencia de otra sustancia con metadona. (24)

Clínica:

- **Triada:**
 - Miosis
 - Depresión del nivel de conciencia, pudiendo evolucionar hacia el coma profundo
 - Depresión respiratoria acompañada de apnea e hipoventilación alveolar. En caso de que se prolongue puede llevar a una acidosis mixta, convulsiones y parada cardiorrespiratoria.
- **Clínica derivada de la heroína y la metadona:**
 - Edema agudo de pulmón no cardiogénico caracterizado por hipoxia persistente, secreciones sonrosadas e infiltrados pulmonares bilaterales difusos. Normalmente sucede por los efectos derivados de las sustancias usadas para adulterarla o “cortarla”
 - Gasto cardiogénico elevado
 - Presión capilar pulmonar normal y presión arterial pulmonar ligeramente elevada
 - Fluido alveolar rico en proteínas
 - Aumento de la PaCO₂ y disminución de la PaO₂
 - En pacientes con antecedentes de asma estatus asmáticos
 - Hipotensión arterial
 - Hipotermia y vasodilatación que aumentan la sensación de frío corporal
 - Convulsiones
 - Rabdomiolisis
 - Síndrome compartimental con fracaso renal agudo
 - Arritmias ventriculares de tipo “Torsades de pointes” (24)

Complicaciones:

- Endocarditis infecciosa
- Infecciones por virus
- Infecciones oportunistas
- Malnutrición
- Tuberculosis
- Tromboflebitis séptica
- Síndrome compartimental
- Enfermedad de transmisión sexual (ETS)
- Muertes accidentales (24)

6.1.8 DELTA-9-TETRAHIDROCANNABINOL (THC) Y DERIVADOS CANNABINOIDES

Epidemiología:

Los derivados del cannabis constituyen la droga ilegal más consumida en muchos lugares del mundo como, por ejemplo, Reino Unido, España y República Checa. En contrapartida, Portugal, Suecia y Polonia son los países europeos menos consumidores de este tipo de sustancia ilegal. Diversos estudios han revelado que alrededor de 3 millones de europeos son consumidores habituales de estas sustancias. (6)

Las formas de consumo del cannabis y de sus derivados incluyen: marihuana, hachís (más comúnmente conocido como “costo”) y aceite de hachís. (6)

El principal componente del cannabis y de los derivados cannabinoides es el *delta-9-tetrahidrocannabinol* o *THC*. (6)

Mortalidad:

A pesar de su alto consumo, la mortalidad por el consumo de los derivados cannabinoides es prácticamente nula, y los casos de ingresos por problemas de salud graves son poco numerosos.

En cambio, sí que es conveniente resaltar la cantidad de muertes indirectas que suceden a causa de dicho consumo (accidentes de tráfico y laborales), y las que pueden estar parcialmente justificadas por la divulgación de los usos terapéuticos del cannabis y de sus derivados. Uno de los aspectos más destacable es la afectación a nivel psicológico, social, académico y cultural de los consumidores y de su entorno más estrictamente cercano. (6)

Consumidor prototipo:

El consumidor prototipo de cannabis es un adolescente de entre 15 y 24 años, de cualquier sexo. (6)

Clínica:

- **Clínica leve:** no suele ser percibida como un motivo de consulta médica por el propio paciente, ya sea porque no la vean necesaria, porque no sean conscientes del alto riesgo que estos suponen o por el simple hecho de que muchas manifestaciones no son apreciables para ellos.
 - Hipotensión ortostática e hipertensión en decúbito
 - Somnolencia
 - Taquicardia sinusal
 - Apetencia por la comida, sobre todo por los alimentos dulces
 - Aumento de la hemoglobina carboxilada
 - Miosis producida por el cannabidiol y midriasis producida por el THC (más común)
 - Hiperemia conjuntival
 - Fotofobia
 - Ataxia que puede variar en intensidad dependiendo de la dosis ingerida
 - Visión amarillenta
 - Ginecomastia en casos de consumos muy elevados y crónicos
 - Amenorrea en mujeres
 - Inflamación de la úvula causada por el cannabis fumado
 - Neurorraquis producida por el cannabis fumado
 - Alteraciones de la memoria y de la capacidad de aprendizaje
 - Enfisema y fibrosis pulmonar
 - Hemorragia alveolar masiva
 - Cambios inespecíficos en el Electrocardiograma (ECG)
- **Clínica grave:** supone un motivo más común de consulta médica.
 - Crisis de ansiedad
 - Taquicardia
 - Malestar general
 - Sensación de muerte inminente
 - Diaforesis
 - Dolor torácico agudo
 - Temblor
 - Nerviosismo
 - Cuadros psicóticos agudos y reagudización de cuadros previos
 - Estupor o coma, convulsiones e hipertensión arterial
 - Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)

- Arritmias ventriculares malignas
 - Muerte súbita
 - Infarto agudo de miocardio
 - Crisis convulsivas generalizadas en pacientes epilépticos
 - Arteritis periférica
 - Ictus isquémico
- **Embarazo:**
 - Aumento en la tasa de abortos
 - Los recién nacidos presentan deformaciones que afectan a la cara
 - El recién nacido puede presentar temblor e hipertonías durante los primeros días
 - Durante los tres primeros años, los niños pueden presentar trastornos de memoria, de capacidad verbal y pueden sufrir de hiperactividad (6)

Complicaciones más importantes:

- Posibilidad de causar esquizofrenias y diversas patologías psiquiátricas.
- Se consideran carcinógenos, aunque su actividad carcinógena es menor que la del tabaco. Su carácter carcinógeno se da a largo plazo, y sobre todo en pulmón y tráquea debido a que la mayoría del consumo se produce por vía aérea (fumando). (6)

	EPIDEMIOLOGÍA	MORTALIDAD	CONSUMIDOR PROTOTIPO	SUSTANCIA CONOCIDA	CLÍNICA	COMPLICACIONES
ÁCIDO LISÉRGICO	Consumo estable Pocos consumidores pero "estables"	Reacción directa: Baja (menos de 5)	Hombre entre 15-34 años	LSD	Leve: midriasis, taquicardia, HTA, temblor, ataxia, fiebre Psicológicos: sinestesias, labilidad emocional, pérdida de la capacidad de asociar ideas	Trastorno cerebral, psíquico, alteración del código genético y dependencia
ALCOHOL ETÍLICO	78,5% de los estudiantes 56% en mayores de 16 años El consumo disminuye en términos absolutos Datos referentes a España	3,3 millones al año 5.9% del total de muertes en España	Varón mayor de 16 años, en espacios públicos, en fines de semana y acabado en intoxicación etílica	Ron Vodka Ginebra	No complicada: vómitos, logorrea, vértigo, incapaz de coordinación psicomotriz Aguda: logorrea, familiaridad excesiva, afectación de las funciones cognitivas Coma: hipotermia, hipotonía bradicardia, hipotensión	Crisis convulsivas Síndrome de abstinencia Hepatitis alcohólica Trastornos metabólicos Hiponatremia Rabdomiolisis Infecciones graves Shoshin-Beriberi
ANFETAMINAS	En 2006 34,7 millones de consumidores entre los 15 y los 64 años a nivel mundial	Aumento anual El año que menos 22 El año que más 59	Varón entre 15 y 29 años, que vive con sus padres y estudia o trabaja. Consume junto a los amigos en macrofiestas y los fines de semana	Speed MDA MDMA Anfetamina	Euforia, bienestar, extroversión midriasis, bruxismo, temblores, sequedad de boca, hiperactivo, hipertensión, alteración de la percepción cromática	Intoxicación aguda Delirium y psicosis Cardiotoxicidad Hipertensión pulmonar Trastorno del ánimo
BEBIDAS ENERGÉTICAS	En auge en los últimos años debido a la publicidad	Sin muertes Dosis letal: 192mg/kg	Mujer soltera menor de 25 años, estudiante, con ingresos menores al salario mínimo	Red Bull® Monster® Burn® PowerHouse®	Psicosis aguda o manía Arritmias supraventriculares Síndrome coronario agudo por vasoespasmos	HTA IAM Hepatopatía
COCAÍNA	En España, suponen alrededor de 44% de las consultas a urgencias por sustancias psicoactivas	Los consumidores de cocaína 5,1 veces mayor de tasa de mortalidad. Con la heroína 14,2x.	Varón de raza blanca de 31-32 años, casado y desempleado, que empezó a los 22-25 años.	Cocaína	Pensamiento distorsionado, midriasis, desconfianza, pánico, depresión y mal humor, verborrea, alucinaciones, paranoias, pérdida del apetito sexual	Isquemia coronaria HTA/ Hipotensión Arritmias ACV Cefalea Convulsiones

INHALANTES VOLÁTILES	En 2003, en España, el 0,8% de la población había admitido haber consumido al menos una vez	Sólo se han descrito casos aislados por una única toma	Consumidor de 13-16 años de bajo nivel social, consume en grupo, mal rendimiento en la escuela, que suele estar asociado a los que han sufrido abusos sexuales	Pegamento Anestésico Gasolina Aerosoles	Euforia, desinhibición, estupor, arritmias ventriculares malignas, broncoespasmo, encefalopatía, EAP, IRaguda, necrosis hepática náuseas y vómitos, depresión medular	Asfixia Convulsiones Coma Atoramiento Trauma mortal
OPIÁCEOS Y OPIOIDES	Se ha reducido mucho su consumo en España tras la implantación del programa de ayuda a drogadictos	La tasa de mortalidad es entre 6 y 20 veces mayor de la esperada para esa edad y sexo	Personas que han requerido de su uso en ámbito sanitario y acaban volviéndose adictos	Heroína Metadona Fentanilo	Miosis, depresión del nivel de conciencia y depresión respiratoria	Endocarditis infecciosa, ETS, infección oportunista, tuberculosis, muerte, tromboflebitis séptica
THC Y DERIVADOS CANNABINOIDES	Es la droga ilegal que más se consume en España. En Europa, hay 3 millones de consumidores	Prácticamente nula Muchas muertes indirectas por accidentes laborales y de tráfico	Adolescente de entre 15 y 24 años de ambos sexos	Marihuana Costo Aceite	Ansiedad, taquicardia, fotofobia, somnolencia, taquicardia sinus, enfisema y fibrosis pulmonar, visión amarillenta, temblor, dolor torácico, malestar general, ictus, nerviosismo	Patologías psiquiátricas Esquizofrenias Cáncer

6.2 ¿QUÉ ES UN CENTRO DE AYUDA/ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA (CAD)?

Los CAD son centros pertenecientes a la red de los servicios sanitarios de cada comunidad. Su función es la de prestar una atención personalizada ya sea a nivel individual o a nivel grupal a aquellas personas con problemas de uso abusivo o que presenten dependencias a algún tipo de sustancia psicoactiva como por ejemplo el alcohol y los opioides. (25)

En este tipo de centros, se llevan a cabo las siguientes acciones:

- Realizar una valoración interdisciplinar del paciente
- Ofrecer un tratamiento integral que aborde el consumo de las sustancias psicoactivas, aspectos sanitarios, psicológicos, sociales y ocupacionales
- Realizar intervenciones que reduzcan el daño y los riesgos que estén dirigidas a disminuir los efectos del consumo de drogas y conseguir mejoras en la salud cuando en aquellos casos en los que sea posible lograr que el paciente se abstenga de consumir drogas
- Intervenir con las familias y con las personas que acompañan al paciente
- Intervenir sobre aquellas familias que solicitan ayuda sin que el consumidor o paciente haya decidido ponerse en tratamiento
- Tratamientos farmacológicos incluyendo el uso de tratamientos con sustitutivos opiáceos como metadona
- Derivación temporal a recursos externos de apoyo al tratamiento como pueden ser la Unidad de hospitalización psiquiátrica (UHP) y la Unidad de media estancia (UME), así como a la reinserción social que complementan y apoyan el trabajo realizado desde los CAD (25)

En este tipo de centros existe un Equipo de Trabajo (ET) que está formado por médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, técnicos de laboratorio, auxiliares de enfermería y personal administrativo. (25)

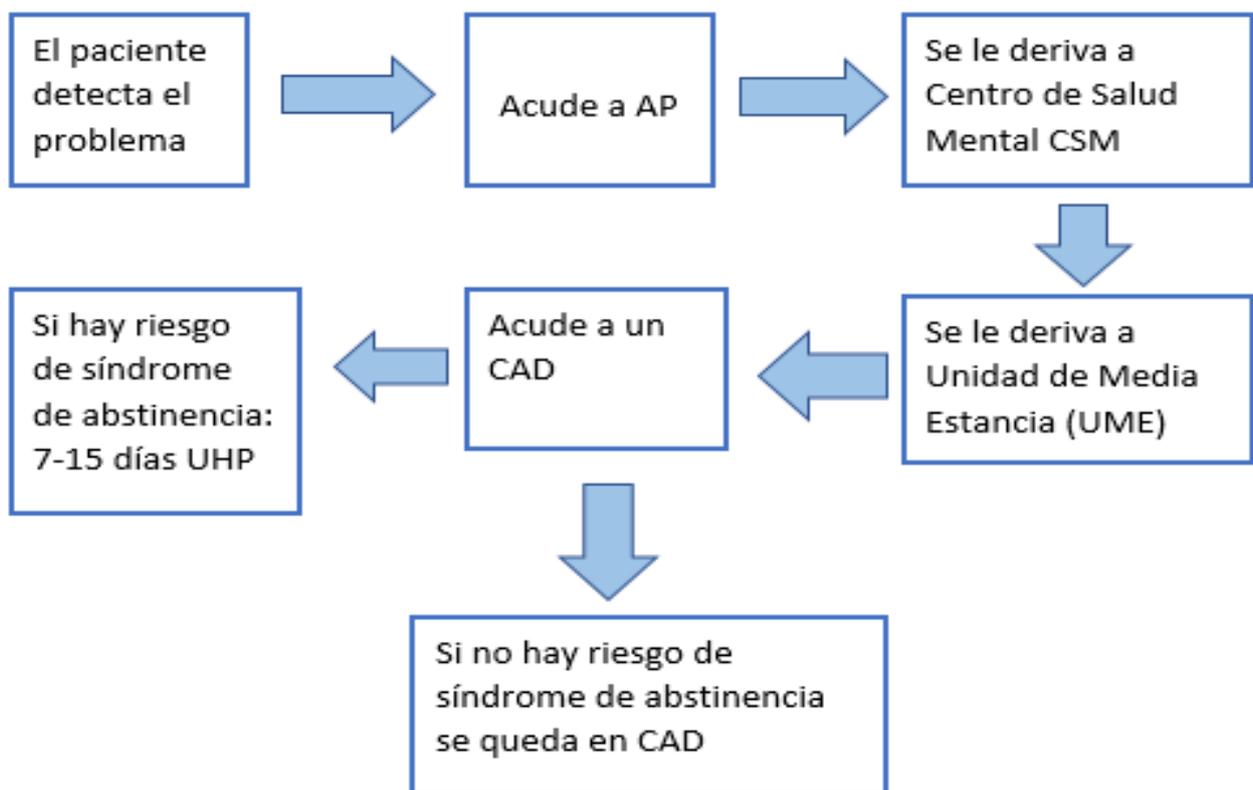
6.3 CIRCUITO DE INGRESO EN CENTRO DE AYUDA/ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA (CAD)

Para poder entender mejor cómo es el tratamiento que se lleva a cabo en los centros de atención a la drogodependencia y cuál es el papel de enfermería en los mismos, me parece importante resaltar cómo es el proceso para que una persona con drogodependencia llegue a ingresar en este tipo de centros. (26)

- En primer lugar, es importante destacar que debe ser el propio paciente el que se dé cuenta que necesita ayuda, y una vez que así lo percibe, acude a su centro de atención primaria para tener una consulta con su médico de familia. Cabe destacar que, en ocasiones, es la familia la que lo solicita, debido al tremendo deterioro que ha sufrido el paciente. En estos casos, es el propio médico de AP el que valora si necesita ayuda o no.
- En la consulta, el médico considera el tratamiento con diversos abordajes, y en caso de que prevea la necesidad, se le deriva a un Centro de Salud Mental (CSM).

- Una vez haya sido derivado al CSM, el psiquiatra valorará si se le trata allí si lo derivan al centro de día (en casos más graves) o si ingresa en un recurso intermedio llamado Unidad de Estancia Media, la cual aún está en construcción.
- Tras un periodo de estancia en CSM, el paciente vuelve a derivarse a las llamadas “comunidades terapéuticas” o “Centro de Ayuda a la Drogodependencia (CAD)” en los que sólo se aceptan personas mayores de edad.
- En este tipo de centros hay dos posibilidades de ingresos: para pacientes sin riesgo de padecer síndrome de abstinencia, y pacientes con riesgo de síndrome de abstinencia los cuales ingresan en la Unidad de hospitalización psiquiátrica (UHP) de 7 a 15 días. En los CAD se trata de retirar, reducir o mantener las dosis de las sustancias psicoactivas hasta que el paciente logra llevar una vida normal.
- En estas comunidades se trata de buscar objetivos establecidos por el paciente para asegurar un mayor éxito a la hora de cumplirlos. Además, se aprovecha para tratar comorbilidades como la diabetes mellitus, la HTA... En Navarra, son centros concertados con el Servicio Navarro de Salud, teniendo acceso a la Clínica Universidad de Navarra y al Hospital San Juan de Dios. (26)

Ilustración 2 Circuito de acceso de un paciente a un CAD. Fuente: Aportación propia



6.4 TRATAMIENTO DE LAS DROGADICCIONES

6.4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

En cuanto al tratamiento de **opioides y opiáceos**, el objetivo principal es tratar de controlar el consumo del paciente con fármacos que produzcan efectos semejantes a los de la heroína y diversos opioides y opiáceos. Para ello, las sustancias más utilizadas son la metadona y el suboxone®. El *suboxone*® está compuesto por buprenorfina (agonista parcial opioide) que relaja al paciente, y por naloxona (antagonista opioide) que tiene una mayor afinidad que la heroína evitando que esta haga efecto ya que bloquea los receptores de la heroína. La *metadona* (agonista opioide) en cambio, es el sustitutivo principal de los opioides y opiáceos por su gran similitud. La metadona se dispensa en los centros de atención primaria bajo prescripción semanal, y bajo unos controles de entrega de la dosis. (26)

Si atendemos a la parte farmacológica de la adicción al **alcohol etílico**, podemos apreciar como son dos los medicamentos más usados en estas adicciones: el *antabuse*® y el *colme*®. Esta sustancia es aversiva, es decir, que crea aversión, pues bloquean el metabolismo del alcohol, incrementando los niveles de acetaldehído causante de un conjunto de reacciones adversas. Lo que se trata de lograr con esto es que el paciente asocie esa sensación desagradable con la conducta de consumo de alcohol que es la que queremos eliminar. Para poder comenzar con este tratamiento es necesario que los pacientes se comprometan a dejar de tomar alcohol completamente mientras dure el mismo. De lo contrario, hay serio riesgo de sufrir el llamado “efecto Disulfirán” que produce IAM o incluso muerte en los casos más graves, y cuya clínica leve es el sarpullido (erupciones en la piel), acné, cefalea leve (dolor de cabeza), somnolencia (sueño), cansancio, impotencia y sabor metálico o similar al ajo en la boca. Es por eso por lo que este tipo de fármacos se les administrarán únicamente a aquellas personas que creamos capaces de abstenerse totalmente del alcohol. Para controlar la evolución y si ha habido consumo, se le realizarán análisis de orina y de sangre periódicamente. (26,27)

Respecto al tratamiento para el consumo abusivo de **tabaco**, son cuatro las clases de fármacos más utilizadas:

- **Antidepresivos:** Se ha asociado el consumo de tabaco con estados de depresión mayor y estados negativos. Los más utilizados son *nortrilipina* (se ha demostrado en estudios a doble ciego una mayor eficacia que el placebo), y el *bupropión* que es el primer tratamiento con fármacos que no contienen nicotina y que ha sido aprobado en estos tratamientos. El tratamiento con *bupropión* debe iniciarse entre 7 y 15 días antes de la fecha marcada para dejar de consumir tabaco. Al disminuir la sintomatología del síndrome de abstinencia permite que los periodos de abstinencia tabáquica sean más prolongados y que sean más frecuentes. Los principales efectos secundarios del tratamiento con el *bupropión* son la cefalea, la sequedad de boca, insomnio, náuseas, convulsiones y HTA. El tratamiento está

contraindicado en pacientes con antecedentes de crisis comiciales, anorexia, bulimia y los que están en tratamiento con inhibidores de la monoaminooxidasa.(28,29)

- **Antagonistas de la nicotina:** El objetivo es evitar los efectos producidos por el tabaco. Los usados son *mecamilamina* y *naltrexona*. La *mecamilamina* es un fármaco con efecto antihipertensivo y competidor no competitivo de los receptores de la nicotina que disminuye los efectos del tabaco. Un dato nos hace no usarlo de forma sistemática porque se ha observado que es posible que aumente la conducta fumadora. La *naltrexona* es un agonista opioide de acción prolongada y que su uso puede estar justificada por la posible relación del sistema opioide en la acción reforzante de la nicotina. Su uso sistemático tampoco está recomendado dado que los resultados obtenidos todavía no son concluyentes. (28)
- **Ansiolíticos:** Se usa para combatir la ansiedad producida por la abstinencia del tabaco. (28)
- **Tratamiento sustitutivo de la nicotina:** Este tratamiento consiste en administrar nicotina al paciente que quiere dejar de fumar por una vía distinta a la del cigarrillo y disminuya el síndrome de abstinencia.
 - **Chicle de nicotina:** Mediante los chicles se absorbe la nicotina por vía bucal. EL chicle se introduce en la boca y se mastica lentamente hasta apreciar un ligero sabor picante (nicotina), dejar de masticar para favorecer la absorción, y repetir el proceso durante 30-45 minutos. Los efectos adversos más comunes son dolor mandibular, quemazón en la boca e irritación traqueal. Está contraindicado en pacientes con problemas dentarios, trastornos de articulación temporomandibular e inflamación orofaríngea.
 - **Parches de nicotina:** Los parches aprovechan la fácil absorción por vía dérmica y tiene una duración de 16-24 horas. Estos deben colocarse en zonas sin vello y se debe cambiar su localización a diario para prevenir reacciones alérgicas. Los efectos adversos son sueño, náuseas y vómitos, síntomas respiratorios y cardiovasculares. La única contraindicación de los parches son las enfermedades cutáneas generalizadas.
 - **Aerosol nasal:** Los aerosoles liberan gotas de nicotina en las fosas nasales. Los fumadores pueden administrarse hasta 40 pulsaciones diarias reduciendo la dosis progresivamente. Los principales efectos secundarios son irritación de la mucosa nasal, rinitis, estornudos tos, lagrimeo y obstrucción nasal. La única contraindicación son las enfermedades de las fosas nasales.
 - **Inhalador bucal:** Consiste en saturar el aire de nicotina antes de inhalarlo, aunque todavía no ha sido comercializado en España. Las ventajas son que no se han descrito efectos secundarios graves, dependencias ni síndromes de retirada o abstinencia. La única contraindicación es la hiperreactividad traqueal.(28,30)

6.4.2 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA:

A pesar de los que muchas personas creen, el papel del enfermero en los centros de ayuda a la dependencia es muy importante, como puede deducirse de la enumeración de alguna de sus funciones:

- **Obtención de muestras:** En primer lugar, se le informará al paciente de la intervención que se le va a realizar y cuál es el motivo de la misma para así tratar de lograr su cooperación. Estas muestras incluyen test de embarazo, muestras de sangre, muestras de orina... El principal objetivo de la recogida de muestras es controlar si el paciente sigue el programa o, si por el contrario, ha vuelto a consumir, pero nunca será un objeto de sanción o de castigo.
- **Constantes vitales:** El personal de enfermería se encarga de tomar la TA, el pulso, la saturación y la temperatura de los pacientes como control básico de la salud de los mismos, además de supervisar muchos de los efectos adversos de los medicamentos empleados en el tratamiento, o para controlar las posibles complicaciones de las sustancias psicotrópicas que consumían. También se les toma el peso y la talla para valorar su estado nutricional y evitar alteraciones.
- **Profilaxis y curas:** Por un lado, el enfermero se encargará de realizar todas las curas que los pacientes necesiten. Por otro lado, se realizará la profilaxis de infecciones mediante vacunación (VHB, VHA, DTP, Gripe, Neumococo), siempre explicando al paciente por qué se hace y cómo se hace.
- **Promoción de la salud:** Una de las principales funciones de los profesionales de enfermería en el centro de atención a la drogodependencia es la educación para la salud, tanto a nivel individual como a nivel grupal. En estas intervenciones también se tratará el autocuidado, la autoestima y las habilidades sociales para que, cuando se reinserten en la sociedad, hayan desarrollado dichas habilidades. En la educación para la salud se tratarán los siguientes aspectos:
 - Salud-enfermedad: Mentalizaremos al paciente de la importancia que tiene adoptar estilos de vida saludables para alcanzar una mejor salud.
 - Sustancias de abuso: Podría decirse que uno de los aspectos de la educación sanitaria más importantes para este tipo de pacientes. Se les hablará de los efectos de las drogas, de las dependencias que crean estas sustancias y de los riesgos de las diferentes vías de administración.
 - Sexualidad: En este aspecto, se tratarán temas muy diversos que se centran siempre en fomentar conductas sexuales saludables. El tema principal a tratar es la prevención de ETS, para lo que fomentaremos los conocimientos y el uso del preservativo, además de suministrárselos en caso de que los necesiten.

- **Higiene:** Les hablaremos sobre la importancia de la higiene personal (general, boca, sueño) y de su repercusión en la salud.
- **Programa de intercambio de jeringuillas (PIJ):** Junto a la educación sobre las sustancias de abuso, podría decirse que es la piedra angular en la actividad de los centros de atención a la drogodependencia. Esta intervención sólo se realizará en pacientes que no sean capaces de abstenerse, y lo que intentaremos es que se reduzca la morbilidad y la mortalidad por el consumo por vía intravenosa. Para lograr este objetivo, se les distribuirá de forma gratuita el material preventivo (jeringuillas) y folletos informativos. También se les tratará de concienciar sobre el riesgo del VIH y las consecuencias que comporta. Por último, se les hará un seguimiento y se les ofrecerá asesoramiento y ayuda para cualquier problema que tengan.
- **Supervisión del proceso terapéutico:** Cada paciente tendrá asignado un “equipo de trabajo” formado por un médico, una enfermera, un psicólogo, un terapeuta ocupacional y un trabajador social. Esto no quiere decir que esos profesionales estén sólo para ese paciente, sino que cada profesional puede encargarse de más de uno. Lo que se trata con estos “equipos de trabajo” es que el paciente tenga una persona de referencia para cualquier duda que se produzca, y esta le haga el seguimiento de su tratamiento y de su progreso.
- **Administración de fármacos:** En muchos casos en Navarra, los pacientes no son capaces de permitirse el tratamiento, por lo que reciben ayudas para poder costearlo, en función de las necesidades de cada uno. A la hora de repartir la medicación, tanto el enfermero como el paciente deben cumplimentar una hoja en la que se especifica el medicamento, la dosis y el consentimiento para tomarla. Además, cada paciente tendrá un cajón donde se guardarán sus medicamentos para evitar posibles confusiones a la hora de administrarlos. Lo más importante es comprobar la dosis, la vía, el paciente y el fármaco correctos. Por último, la enfermera será la que informe al paciente de los requisitos necesarios para comenzar el tratamiento, la que lleve el registro de los tratamientos y los pacientes, y también debe asegurarse de que el paciente presente signos de mantenerse abstemio para poder iniciar la terapia con total seguridad. (26,31)

6.5 ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

La falta de adhesión al tratamiento para las dependencias farmacológicas y el abandono del mismo suponen un grave problema que se debe solventar por parte de las instituciones y de los profesionales encargados de los mismos, por lo que sería un gran paso hacia delante encontrar cuáles son aquellos puntos que favorecen la adherencia. En relación a ello, aparece el término “Alianza Terapéutica”, que hace referencia a la alianza entre paciente y terapeuta en tres aspectos: objetivos a lograr, acciones a realizar y el vínculo formado entre paciente y terapeuta. (32)

Es de vital importancia encontrar cuáles son aquellos factores que hacen que el paciente logre una mayor adherencia al tratamiento ya que, en definitiva, es el paciente el que

decide si va a cumplir el régimen terapéutico o no. Lograr la adhesión puede suponer que el paciente sobreviva a los efectos de las drogas o que suponga la muerte. (32)

Para Bordin, dicha alianza consta de tres componentes principales que, juntos, definen la calidad y fuerza de cualquier alianza:

- **Vínculo:** aúna todas las posibles conexiones o relaciones que pueden existir entre el paciente y el terapeuta, basándose en la confianza mutua y en la aceptación mutua. A mayor calidad en el vínculo formado entre el paciente y el terapeuta, mejor ánimo tendrá el paciente, lo que repercutirá en una mayor colaboración el tratamiento y una mayor adhesión.
- **Tareas:** son aquellas actividades y acciones que se llevan a cabo por parte del paciente, con el fin de lograr un beneficio del mismo. En otras palabras, es el acuerdo al que se llega sobre las acciones que llevan a lograr los objetivos establecidos previamente. Para ello, tanto el terapeuta como el paciente deben percibirlos como indispensables y creer que funcionarán, de lo contrario es posible que no se lleven a cabo, alejándose así del objetivo.
- **Metas:** se refiere a los objetivos generales que se han establecido como fin de la terapia. Es muy importante que ambas partes de la relación (el terapeuta y el paciente) apoyen las metas establecidas y valoren los progresos del otro. (32)

En cuanto a acciones para favorecer la adhesión al tratamiento por parte del profesional de enfermería, podríamos destacar las siguientes como las más relevantes e importantes:

- **Alfabetización sanitaria:** hace referencia a las habilidades que tiene el paciente para poder leer información, comprenderla y después tomar decisiones sobre el tratamiento teniendo en cuenta dicha información. Dentro de esta información están los prospectos de los medicamentos, los anuncios sobre salud vistos en televisión, las campañas promovidas por los órganos gubernamentales y sanitarios. El primer paso es conocer las habilidades que tiene el paciente para leer y entender la información. En caso de que el paciente tenga un bajo nivel de estas habilidades, toda la información que le demos se verá reforzado por imágenes, dibujos, esquemas... También les daremos todas las facilidades posibles para resolver sus dudas. Además, ayuda que durante las actividades de educación haya una persona de su entorno con él porque se ha visto que favorece la retención y la comprensión. Otra buena forma de asegurarse de la misma es limitar a tres los puntos clave que queremos tratar, para no sobrecargarlo de información. Otras actividades o acciones que favorecen la retención y que se “eduquen” son el refuerzo positivo (que funciona mejor que el negativo) y la autoevaluación para conocer cómo lo percibe el paciente. (33)
- **Responsabilidad y objetivo compartido:** el cumplimiento del régimen terapéutico y la adhesión al tratamiento debe ser compartido por todos los miembros del grupo de terapia (incluyendo familiares y personas de su entorno cercano). Para lograrlo, y que el paciente se responsabilice de sus acciones y de llevarlas a cabo, es necesaria una correcta comunicación, la escucha activa y un intercambio o flujo de información entre los pacientes y los profesionales sanitarios. Es recomendable, al final de cada sesión, preguntarle al paciente cómo lo ha percibido y si hay algo que cambiaría para la siguiente sesión. (33)

- **El cambio puede darse a nivel local:** con esto se quiere explicar que la actuación a nivel local antes de acudir a niveles nacionales puede llegar a dar mejores resultados. Se ha descubierto que el cumplimiento del régimen terapéutico es mayor cinco días antes y cinco después de una visita al médico de atención primaria, y a partir de los 30 días después de la visita empieza a disminuir la adhesión. (33)

Según un estudio realizado en Barcelona por Santiago De Andrés Muñoz, un 69,4% de los incluidos en dicho estudio demostró adherencia al tratamiento de deshabituación a las drogas, y la asistencia regular a las sesiones de ayuda a la deshabituación fue de un 36,9%. Si nos fijamos en los resultados de enfermería NOC, en el 52,8% el programa de desintoxicación ha surtido efecto. En cuanto a las personas que dejaron voluntariamente el tratamiento, hablaríamos de un 17,2% de los individuos, mientras que un 5,1% de los pacientes fue expulsado del programa por haber consumido drogas durante el tratamiento. (34)

6.6 ACTUACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS ANTE UNA INTOXICACIÓN POR DROGAS

De acuerdo con el documento del Centre Can Roselló, las etapas de la actuación ante una intoxicación aguda por drogas incluyen:

6.6.1 LOGARITMO DE ACTUACIÓN

1. Comprobar si el paciente está consciente y si respira y avisar al 112
 - a. Si respira y está consciente, alejar cualquier peligro, aflojar sus ropas, mantener caliente y permanecer a su lado hasta encontrar ayuda
 - b. Si respira y está inconsciente, colocar a la persona en posición lateral de seguridad: doblar una pierna creando un ángulo recto, colocar el brazo contrario bajo la cabeza del paciente, y hacerlo girar suavemente hacia la otra pierna hasta dejarlo tumbado lateralmente
 - c. Si no respira y está consciente, comenzar con la RCP.
2. En caso de que lo necesite, tratar al paciente que presente signos de shock: debilidad, labios y uñas azulados, piel fría, disminución de la lucidez mental.
3. Si el paciente sufre crisis convulsivas tratar de evitar una caída, proteger la cabeza del paciente, aflojar su ropa, colocar a la persona de lado y permanecer con ella.
4. Vigilar permanentemente los signos vitales del paciente (Tª, FC, FR, TA) en la manera que sea posible.
5. Tratar de averiguar el tipo de sustancia que ingirió y cuando la ingirió.
6. Recoger y conservar cualquier frasco de sustancias para entregarlas al personal médico que acuda para atender al paciente. (35)

6.6.2 COSAS QUE NO SE DEBE HACER

1. Es importante NO poner en peligro la seguridad de la persona que está ofreciendo la ayuda
2. Mientras el paciente esté bajo los efectos de las drogas, NO debe intentarse razonar con él ya que es difícil que se comporte de forma razonable
3. A la hora de ofrecer ayuda, la persona NO debe expresar sus opiniones, debe limitarse a ofrecer la ayuda (35)

6.6.3 APP “2RESCAPP”

Sería recomendable que se informara a la ciudadanía sobre una aplicación para teléfono móvil denominada “2RescApp” que ha sido creada por enfermeros y enfermeras de diversas ramas y que nos brinda los pasos que debemos seguir en caso de encontrarnos en esta situación. Además de explicar qué hacer en la pantalla del teléfono móvil, también ofrece las órdenes por voz. Para completar la aplicación, aporta la posibilidad de llamar al 112 directamente desde la aplicación.

7. DISCUSIÓN

Es necesario acercar los datos epidemiológicos acerca del consumo de sustancias psicoactivas a los profesionales sanitarios, para afianzar su conocimiento y concienciación acerca de la magnitud que supone el problema de las drogadicciones. Esto es especialmente importante, ya que se trata de los responsables de realizar la educación sanitaria a la población, así como de detectar los problemas relacionados con las drogas sobre todo en los centros de atención primaria y de salud mental.

Consultando los datos aportados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España (4,9,14), se aprecia una alta necesidad de alfabetizar a la población, en general, para evitar que las futuras generaciones comiencen a consumir precozmente, con la esperanza de limitar e, incluso, suprimir por completo el consumo de sustancias psicoactivas y, por tanto, la morbilidad y mortalidad que conlleva. Para reforzar estas ideas, en el presente trabajo se ha intentado desmentir varios mitos extendidos en la sociedad, con el fin de desmontar el aura de invencibilidad que se ha creado en torno a la drogodependencia.

Como primer paso en el proceso de alfabetización, es indispensable que tanto los profesionales sanitarios como la población general conozcan la características y efectos de los diferentes tipos de drogas o sustancias psicoactivas. Ello contribuirá a concienciar a los ciudadanos del peligro que suponen. Además, en el caso de los profesionales sanitarios, una mayor formación en este tema, particularmente respecto de la sintomatología asociada a cada tipo de droga, facilitará su participación en el adecuado tratamiento de los consumidores de las mismas, disminuyendo, así, los posibles problemas que generan. Por otra parte, en situaciones de intoxicación aguda, favorecerá la identificación de la sustancia implicada y la adecuada actuación para el manejo de dichas situaciones.

En los últimos años, desde el Gobierno de España se han publicado varias campañas publicitarias, en distintos medios de comunicación, sobre los riesgos que comporta el alto consumo de alcohol, utilizando imágenes impactantes con el fin de concienciar a la población sobre el grave problema que supone (4,9,14). Pero, coincidiendo con este aumento, se ha podido apreciar un descenso en las campañas preventivas relacionadas el resto de drogas, incluyendo tabaco, cocaína y heroína. Parece necesario que, desde el Gobierno, se tratase de incentivar una amplia difusión, a la población general y a diferentes grupos más vulnerables en particular (escolares, por ejemplo), de la información del riesgo asociado a las diferentes sustancias psicoactivas a las que podrían tener acceso. Para ello, podría ser recomendable el trabajo conjunto con la Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD), organismo que se encarga principalmente de este tipo de campañas, y la colaboración con las iniciativas que pudieran desarrollar las distintas comunidades autónomas.

Por último, conviene destacar la labor fundamental desarrollada por los CAD en la rehabilitación de personas drogodependientes. Y, dentro de los mismos, la relevante aportación del profesional de enfermería, con las intervenciones que asume como integrante del equipo multidisciplinar integrado en dichos centros.

Por otro lado, en el presente trabajo, la inclusión del protocolo de actuación ante un caso de intoxicación aguda por drogas trata de aportar información a los profesionales

sanitarios, y a la población en general, para poder reducir la tasa de mortalidad producida por estas situaciones.

7.1 ANÁLISIS DAFO

Para evaluar este trabajo y su aportación, se presenta una matriz o análisis DAFO, que trata de valorar sus puntos fuertes y débiles:

DEBILIDADES:

- En el manejo de la herramienta propuesta (póster y tríptico), pueden desconocerse los significados de algunas siglas

FORTALEZAS:

- Los profesionales de enfermería poseen una base de conocimientos muy amplios y avanzados, que les permite implicarse en el cuidado de los pacientes con drogodependencias
- La herramienta propuesta resulta ilustrativa y concisa

OPORTUNIDADES:

- Los profesionales sanitarios están concienciados con la necesidad de apoyo y atención a las drogodependencias

AMENAZAS:

- Puede que la sociedad no esté concienciada del problema real que supone la drogadicción
- Para muchos pueden ser desconocidos los CAD y cómo se funciona en ellos

7.2 REFLEXIÓN ÉTICA

Siempre que se vaya a realizar o establecer una herramienta, protocolo o procedimiento... en el ámbito sanitario, es necesario analizar si la propuesta es acorde a los cuatro principios de la ética:

- **Principio de autonomía**

El principio de autonomía consiste en que cada persona es autodeterminante. Es decir, que, al hacer uso de su autonomía, cada persona es capaz de tomar decisiones por sí mismo en función de sus preferencias. Además, según este principio, se debe respetar, en todo momento, las decisiones tomadas por el paciente y no se le debe ocultar ninguna información ni tampoco mentirle.

Si aplicamos este principio a la herramienta propuesta anteriormente, se podría decir que respeta la autonomía puesto que, a la hora de lograr la adhesión al tratamiento o a la hora de realizar las actividades descritas en los CAD, se entiende que se llevan a cabo siempre tras explicarles las intervenciones que se van a realizar y tras obtener su aceptación. Además, cada vez que la enfermera reparte la medicación, el paciente debe rellenar un informe diciendo que acepta dicho tratamiento.

- **Principio de justicia**

Según Beauchamp y Childress que son los primeros en acuñar estos principios bioéticos, “la justicia es el tratamiento equitativo apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente”. (36)

El uso de las herramientas propuestas (póster y tríptico) estará accesible a los profesionales sanitarios y los pacientes de los centros de AP, que se encuentren en situaciones o condiciones similares.

- **Principio de beneficencia**

Este principio hace referencia a la obligación de generar beneficios en el paciente, evitando perjudicar al mismo. Históricamente, este principio ha sido relacionado con enfermería y otros profesionales sanitarios puesto que nuestra labor es la de curar y cuidar al paciente. También ha sido relacionado con el principio de no maleficencia porque el hecho de proporcionar beneficios incluye la obligación de no perjudicar al mismo.

Nuestra herramienta trata de describir las acciones a realizar para proporcionar dichos beneficios en un CAD, y cómo actuar ante una intoxicación aguda para no perjudicar al paciente y tratar de estabilizarlo.

- **Principio de no maleficencia**

El principio de no maleficencia hace referencia a la obligación de no causar ningún mal al paciente. Es necesario matizar que no debe entenderse en el más estricto sentido, sino que debe interpretarse como la obligación de no causar daño o mal de forma innecesaria.

Aplicando este principio a nuestra intervención, podemos decir que este principio es respetado dado que, al haber obtenido los datos para la elaboración de la misma de fuentes fiables, como por ejemplo el Gobierno de España, se entiende que no perjudicarán las acciones descritas en la intervención.

8. CONCLUSIONES

1. Con el paso de los años, se ha visto aumentado el consumo de sustancias psicoactivas como puede ser la heroína (en España, desde un 0,2% de la población en el año 1994 hasta un 0,3% en el año 2012), el alcohol (un 66,7 % de la población española en el año 1996, frente a un 74% en el año 2012) y el cannabis (un 12,4% de la población española en el año 1994, frente a un 18,6% de la población en el año 2014).
2. Además de que el consumo se haya visto aumentado, se han introducido nuevas drogas en los últimos años, entre las que se encuentran el éxtasis líquido, la ketamina, las mefedona...
3. La sociedad y la población, en general, no son conscientes del verdadero potencial dañino de este fenómeno. Un claro ejemplo de esto es la frecuencia y la manera en la que los menores de edad consumen alcohol los fines de semana, sin que ello sorprenda o preocupe a algunos sectores de la sociedad, que lo consideran como algo normal.
4. Desde los colegios de educación primaria, se debería comenzar a realizar una educación más estricta sobre las drogas para intentar concienciar a los niños precozmente. Estas medidas se deberían acompañar por campañas publicitarias desde el Gobierno de España y de cada Comunidad Autónoma.
5. Es necesario instruir a la población sobre cómo actuar ante casos de intoxicación aguda por sustancias psicoactivas. Mediante esta intervención, se lograría disminuir la tasa de mortalidad asociada a los mismos.
6. Los Centros de Atención a la Drogodependencia (CAD) desarrollan un papel fundamental en la rehabilitación de personas drogodependientes. El trabajo del profesional de enfermería en los CAD es muy importante ya que, aparte de tratar la drogodependencia y supervisar el tratamiento, participan en las labores de cuidado y educación sobre las drogas y sus efectos. Así se trataría de evitar las recaídas y el éxito de las terapias.
7. Con las herramientas propuestas en el presente trabajo (póster y tríptico), se trataría de colaborar a la alfabetización de las personas sobre los problemas que causan las drogas, con objeto de contribuir a la disminución en el consumo de las mismas. Para futuras aplicaciones prácticas de esta herramienta, se recomienda que los profesionales sanitarios tengan el póster colocado en su puesto de trabajo, facilitando así el uso de la misma.

9. BIBLIOGRAFÍA

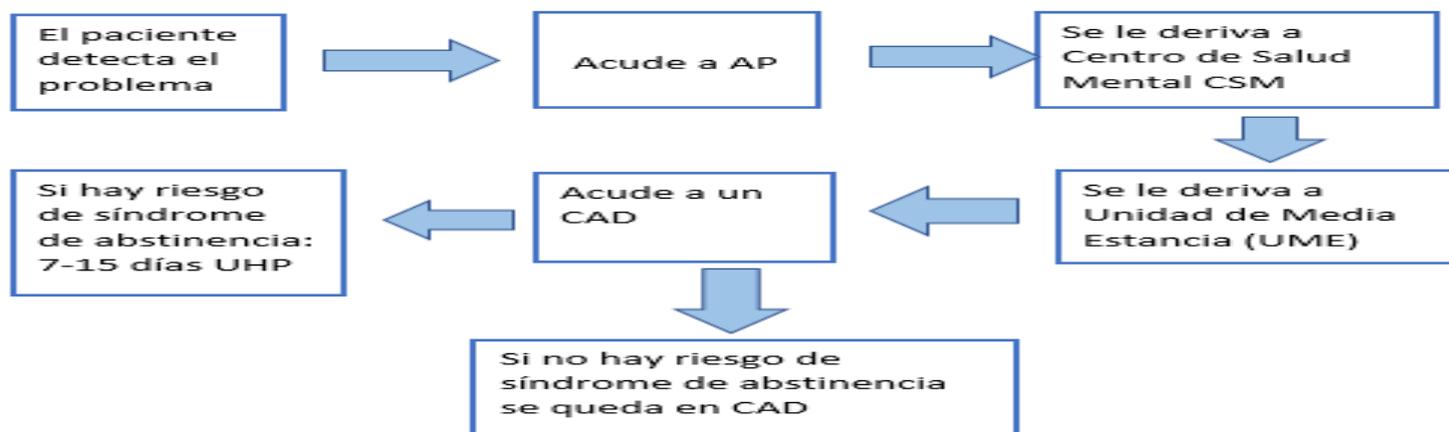
1. (RAE) RAE. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. RAE. 2017. Available from: <http://dle.rae.es/?id=ECdTcOk>
2. Osuna Fuentes JM. Drogas ¿un fenómeno en evolución? Carel Carmona Rev Estud locales. 2005;Nº3(1696–4284):1270–3.
3. Generalitat de Catalunya. Aprendiendo a desaprender. Desmontamos mitos sobre drogas [Internet]. Gencat.cat. 2016. Available from: <http://drogues.gencat.cat/es/ciudadania/mitos/>
4. Sendino R, Álvarez E, Brime B, Llorens N, Ruiz A, Sánchez-Franco E. Informe 2016: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. BOE [Internet]. 2016;196–201. Available from: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf
5. PJ F. Verdades y mentiras del alcohol [Internet]. Medicinajoven.com. 2010. Available from: <http://www.medicinajoven.com/2009/07/verdades-y-mentiras-del-alcohol.html>
6. Morán Chamorro I, Baldirá Martínez de Irujo J, Marruecos-Sant L, Nogué Xarau S. Intoxicación aguda por derivados del cannabis. In: Difusión G, editor. Toxicología clínica. Madrid; 2011. p. 463–7.
7. Dolors Mas M. Mitos y falsas creencias sobre las drogas, el alcohol y los adolescentes [Internet]. Siquia. 2015. Available from: <http://www.siquia.com/2015/03/mitos-y-falsas-creencias-sobre-las-drogas-el-alcohol-y-los-adolescentes/>
8. Morán Chamorro I, Baldirá Martínez de Irujo J, Marruecos-Sant L, Nogué Xarau S. Intoxicación aguda por dietilamida del ácido lisérgico (LSD). In: Grupo difusión, editor. Toxicología clínica. Madrid; 2011. p. 529–31.
9. Sendino R, Álvarez E, Brime B, Llorens N, Ruiz A, Sánchez-Franco E. INFORME 2015: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. BOE [Internet]. 2015;151. Available from: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf
10. M SF, J GA, E ÁM, C ÁV, J BG, B BB, et al. Drogas emergentes. In Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2011. p. 53. Available from: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf
11. Tipos de drogas, sus efectos y estadísticas de mortalidad [Internet]. Sputnik mundo. 2010. Available from: <https://mundo.sputniknews.com/mundo/20100608126622113/>
12. Alhulia S. Intoxicación por drogas de abuso. Uninet. 2014.

13. Morán Chamorro I, Baldirá Martínez de Irujo J, Marruecos-Sant L, Nogué Xarau S. Anfetaminas y drogas de síntesis. In: Difusión G, editor. Toxicología clínica. Madrid; 2011. p. 499–510.
14. Sendino R, Álvarez E, Brime B, Llorens N, Ruiz A, Sánchez-Franco E. INFORME 2016: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Internet]. BOE. 2016. p. 196–201. Available from: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf
15. Morán Chamorro I, Baldirá Martínez de Irujo J, Marruecos-Sant L, Nogué Xarau S. Intoxicación aguda por bebidas energizantes (a base de taurina, inositol y cafeína). In: Difusión G, editor. Toxicología clínica. Madrid; 2011. p. 535–8.
16. Mendez R. ¿Las bebidas energéticas pueden matar? El Español [Internet]. 2012; Available from: <http://omicro.no.elespanol.com/2012/10/las-bebidas-energeticas-pueden-matar/>
17. Martínez García E. Comportamiento del consumidor ante las bebidas energéticas [Internet]. UNiversidad de Sevilla; 2016. Available from: https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/48787/TFG_EDUARDO_MARTINEZ_GARCIA_%28DEFINITIVO%29%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Morán Chamorro I, Baldirá Martínez de Irujo J, Marruecos-Sant L, Nogué Xarau S. Intoxicación y sobredosis por cocaína. In: Difusión G, editor. Toxicología clínica. Madrid; 2011. p. 473–80.
19. La tasa de mortalidad entre los usuarios de heroína y cocaína es 14 veces mayor que en la población general [Internet]. Sinc. 2014. Available from: <http://www.agenciasinc.es/Noticias/La-tasa-de-mortalidad-entre-los-usuarios-de-heroina-y-cocaina-es-14-veces-mayor-que-en-la-poblacion-general>
20. Richard Rawson P., Alice Huber P., Paul Brethen M., M.F.C.C, Jeanne Obert MF., M.S.M, et al. Consumidores de cocaína y de metanfetaminas: diferencias, características y retención en tratamiento. Rev Toxicom. 2002;31:4.
21. Crack Cocaína – Gravedad [Internet]. Narconon. Available from: <http://www.narconon.org/es/consumo-de-drogas/crack-cocaina-signos.html>
22. Morán Chamorro I, Baldirá Martínez de Irujo J, Marruecos-Sant L, Nogué Xarau S. Intoxicación aguda por inhalantes volátiles. In: Fusión G, editor. Toxicología clínica. Madrid; 2011. p. 521–4.
23. ¿Cuáles son las otras consecuencias médicas del abuso de inhalantes? [Internet]. NIDA: National Institute of Drug Abuse. 2011. Available from: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-inhalantes/cuales-son-las-otras-consecuencias-medicas-del-abuso-de-inhalantes>
24. Morán Chamorro I, Baldirá Martínez de Irujo J, Marruecos-Sant L, Nogué Xarau S. Intoxicación por opiáceos y opioides. In: Difusión G, editor. Toxicología clínica. Madrid; 2011. p. 483–95.
25. Instituto de adicciones Madrid+. Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD) [Internet]. Madridsalud. p. 1–2. Available from: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/folletos/Cad-Ccad.pdf>

26. Visita y entrevista al CAD de Alsasua.
27. American Society of Health-System Pharmacists. Disulfiram [Internet]. MedlinePlus. 2012. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a682602-es.html>
28. Pinet Ogué C. Tratamiento del tabaquismo. In: Medica A, editor. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona; 2003. p. 394–408.
29. Ayesta F, Rodríguez M, Santamaría J. Trastornos adictivos/Farmacodependencias. In: Masson E, editor. Farmacología humana. 6th ed. ÁMsterdma, Barcelona, Beijing, Boston, Filadelfia, Londres, MADrid, México, Milán, Múnich, Orlando, París, Roma, Sídney, Tokio, Toronto; 2014. p. 547–67.
30. Lorenzo Fernández P, Ladero Quesada J. Dependencia tabáquica. Tabaco y nicotina. In: Panamericana E médica, editor. Drogodependencias Farmacología Patología Psicología Legislación. 3ª. Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, ;México, Porto Alegre; 2009. p. 497–515.
31. S GC, AM VP, N GH, N SM, JF CR, AI E. Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias. In: Servicios de asistencia. Madrid; 2015. p. 43–60.
32. DJ VC, I CG. Alianza terapéutica y adhesión a tratamientos con drogodependencia: un estudio en usuarios de centros de atención de la intercomuna. Rev Perspect. 2014;25:143–66.
33. HB DB, BB G, CB G. ¿Cómo mejorar la adherencia al tratamiento? [Internet]. Intramed. 2012. Available from: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=78189>
34. De Andrés Muñoz S. Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. Metas de enfermería. 2017;2(20):3–7.
35. Roselló CC. Primeros auxilios en caso de sobredosis [Internet]. Centre Can Roselló: Clínica especializada en adicciones y patologías duales. 2011. Available from: <http://www.centroadiccionesbarcelona.com/primeros-auxilios-en-caso-de-sobredosis/>
36. Siurana Aparisi J. Los principios de la bioética y el seguimiento de una bioética intercultural. Veritas [Internet]. 2010;22:121–57. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DROGODEPENDENCIA

CIRCUITO DE INGRESO A UN CENTRO DE ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA



LOGARITMO DE ACTUACIÓN ANTE INTOX. AGUDA

1. Comprobar si respira y si está consciente
 - a. Respira, no responde
 - i. Posición lateral de seguridad
 - b. Respira y responde
 - i. Alejar los peligros
 - ii. Aflojar las ropas
 - iii. Mantenerlo caliente
 - iv. Permanecer al lado
 - c. No respira, no responde
 - i. Comenzar con la RCP
2. Tratar al paciente si presenta signos de shock
3. Si sufre crisis convulsivas
 - a. Proteger la cabeza
 - b. Aflojar la ropa y ponerlo de lado
4. Vigilar sus constantes vitales
5. Tratar de averiguar la sustancia que ha consumido
6. Conservar cualquier frasco de sustancia
7. NO poner en peligro su propia seguridad
8. NO tratar de razonar si está bajo efecto de drogas
9. NO expresar opiniones mientras prestas ayuda

ES CONVENIENTE DESCARGAR "2RESCAPP"

CÓMO LOGRAR UNA CORRECTA ADHESIÓN AL TTO

Alfabetización sanitaria

- Conocer las habilidades para leer y entender del paciente
- Apoyar la información con imágenes y esquemas
- Facilitar la resolución de las dudas que tenga
- Buscar que le acompañe algún familiar
- Limitar a tres los puntos clave a trabajar
- Refuerzo positivo y escucha activa

Establecer responsabilidades y objetivos compartidos

- Establecer responsabilidades compartidas por el paciente, su paciente y el terapeuta
- Promover una correcta comunicación
- Realizar una escucha activa
- Facilitar el intercambio y flujo de información
- Preguntar cómo lo percibe al final de cada sesión

Tener en cuenta:

- La adhesión suele incrementarse 5 días y después de visitar al médico de AP
- La adhesión suele disminuir pasados 30 días de la visita

Obtención de muestras: Informar al paciente de qué se le va a hacer y porqué. Incluyen test de embarazos, muestras de sangre y de orina.

Constantes vitales:

Tomar TA, el pulso, la saturación y la temperatura, peso y talla

Efectos adversos de los medicamentos y complicaciones de las drogas

Profilaxis y curas: Realizar todas las curas que los pacientes necesiten

Profilaxis de infecciones mediante vacunación contra:

VHB, VHA, DTP, Gripe, Neumococo

Educación para la salud:

Salud enfermedad: Mentalizar de la importancia de estilos de vida saludables

Sustancias de abuso: Hablar de los efectos de las drogas, de la dependencia

que crean y vías de administración

Sexualidad: Fomentar conductas sexuales saludables. Prevención de ETS

Higiene: Importancia de la higiene personal (general, boca, sueño)

Programa de intercambio de jeringuillas (PIJ):

Sólo se realizará en pacientes que no sean capaces de abstenerse:

con objeto de reducir la morbilidad y la mortalidad

Seguimiento y asesoramiento de dudas

Supervisión del proceso terapéutico:

Cada paciente tendrá asignado un "equipo de trabajo para tener una persona

de referencia para cualquier duda o problema

Administración de fármacos:

Enfermero y paciente deben cumplimentar una hoja de medicamento, dosis y

consentimiento para tomarla

Informar al paciente de los requisitos para comenzar el tratamiento, llevar el registro

y controlar la abstinencia

**ACTUACIÓN DE
ENFERMERÍA**

FALSOS MITOS

"Que una droga sea natural es sinónimo de que sea inocua"

El tabaco y la marihuana proceden de plantas

Pueden producir esquizofrenias

"Todos los jóvenes consumen drogas"

Entre 15-24 años 10,4% consume cocaína

Entre 25-34 años un 34,4%

Entre 35-44 años un 36,6%

"Beber alcohol sólo los fines de semana no comporta riesgos para la salud"

Consumir alcohol puede producir daños graves

Puede asociarse a otras conductas de riesgo para la salud

"El cannabis tiene efectos terapéuticos, por eso es sano"

Mejora los síntomas de alguna enfermedad

Puede producir esquizofrenias y cáncer a largo plazo

ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE UNA INTOXICACIÓN AGUDA POR DROGAS

1. Comprobar si respira y si está consciente
 - a. Respira, no responde
 - i. Posición lateral de seguridad
 - b. Respira y responde
 - i. Alejar los peligros
 - ii. Aflojar las ropas
 - iii. Mantenerlo caliente
 - iv. Permanecer al lado
 - c. No respira, no responde
 - i. Comenzar con la RCP
2. Tratar al paciente si presenta signos de shock
3. Si sufre crisis convulsivas
 - a. Proteger la cabeza
 - b. Aflojar la ropa y ponerlo de lado
4. Vigilar sus constantes vitales
5. Tratar de averiguar la sustancia que ha consumido
6. Conservar cualquier frasco de sustancia
7. NO poner en peligro su propia seguridad
8. NO tratar de razonar si está bajo efecto de drogas
9. NO expresar opiniones mientras prestas ayuda

ES CONVENIENTE DESCARGAR "2RESCAPP"

CÓMO LOGRAR, DESDE ENFERMERÍA, UNA ADECUADA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

Alfabetización sanitario

- Conocer las habilidades para leer y entender del paciente
- Apoyar la información con imágenes y esquemas
- Facilitar la resolución de las dudas que tenga
- Buscar que le acompañe algún familiar
- Limitar a tres los puntos clave a trabajar
- Refuerzo positivo y escucha activa

Establecer responsabilidades y objetivos compartidos

- Establecer responsabilidades compartidas por el paciente, su paciente y el terapeuta
- Promover una correcta comunicación
- Realizar una escucha activa
- Facilitar el intercambio y flujo de información
- Preguntar cómo lo percibe al final de cada sesión
- Preguntarle si cambiaría algo para la próxima sesión

Tener en cuenta:

- La adhesión suele incrementarse 5 días y después de visitar al médico de AP
- La adhesión suele disminuir pasados 30 días de la visita

CIRCUITO DE ENTRADA AL CENTRO DE ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA



ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA

Obtención de muestras: Informar al paciente de qué se le va a hacer y porqué. Incluyen test de embarazos, muestras de sangre y de orina.

Constantes vitales:

Tomar TA, el pulso, la saturación y la temperatura, peso y talla
Efectos adversos de los medicamentos y complicaciones de las drogas

Profilaxis y curas: Realizar todas las curas que los pacientes necesiten

Profilaxis de infecciones mediante vacunación contra:

VHB, VHA, DTP, Gripe, Neumococo

Educación para la salud:

Salud enfermedad: Mentalizar de la importancia de estilos de vida saludables

Sustancias de abuso: Hablar de los efectos de las drogas, de la dependencia que crean y vías de administración

Sexualidad: Fomentar conductas sexuales saludables. Prevención de ETS

Higiene: Importancia de la higiene personal (general, boca, sueño)

Programa de intercambio de jeringuillas (PU):

Sólo se realizará en pacientes que no sean capaces de abstenerse: con objeto de reducir la morbilidad y la mortalidad

Seguimiento y asesoramiento de dudas

Supervisión del proceso terapéutico:

Cada paciente tendrá asignado un "equipo de trabajo para tener una persona de referencia para cualquier duda o problema

Administración de fármacos:

Enfermero y paciente deben cumplimentar una hoja de medicamento, dosis y consentimiento para tomarla

Informar al paciente de los requisitos para comenzar el tratamiento, llevar el registro y controlar la abstinencia

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DROGODEPENDENCIA

