

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUANTANAMO

DROGAS DE DISEÑO: RETO DEL SIGLO XXI.

Dra. Anselma Betancourt Pulsán¹, Lic. Leovigildo Díaz González², Dra. Rosa Amelia Fuentes Prats³, Dra. Lissette Fernández Falcón⁴, Dra. Marlene Torres Quijala³.

RESUMEN

Se destacan aspectos básicos de las drogas de diseño, de manera particular los de la *3,4-Metilendioximetanfetamina (MDMA)* o éxtasis, tales como: origen, clasificación general, vías de administración, mecanismo de acción. Se hace referencia, además, a los principales efectos sobre el organismo, efectos adversos, elementos relevantes de la sobredosis y el tratamiento en caso de intoxicación aguda y, de manera precisa, el tratamiento de la hipertermia.

Palabras clave: N-METIL-3,4-METILENODIOXIMETANFETAMINA/ administración; N-METIL-3,4-METILENODIOXIMETANFETAMINA/ clasificación; N-METIL-3,4-METILENODIOXIMETANFETAMINA/efectos adversos.

INTRODUCCION

En el Vigésimo Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas, celebrado entre el 8 y el 10 de junio de 1998, el Sr. Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, señaló: *"Jamás debemos aceptar el precio humano que se cobran las drogas ilegales en nuestras sociedades. Hay en el mundo 21 millones de víctimas que hacen uso indebido de cocaína y heroína, y 30 millones que consumen estimulantes de tipo anfetamínico. No podemos atenuar su sufrimiento ni el*

¹ Especialista de II Grado en Fisiología. Máster/Experta en Drogodependencias. Facultad de Ciencias Médicas, Guantánamo.

² Licenciado en Filosofía. Diplomado en Drogodependencias. Facultad de Ciencias Médicas, Guantánamo.

³ Especialista de I Grado en Fisiología. Diplomada en Drogodependencias. Facultad de Ciencias Médicas, Guantánamo.

⁴ Especialista de I Grado en Bioquímica Clínica. Diplomada en Drogodependencias. Facultad de Ciencias Médicas, Guantánamo.

de sus seres queridos si no combatimos este problema" (...) "Demasiados jóvenes ven sus vidas destruidas por las drogas. Los jóvenes tienen normalmente el deseo de hacer nuevas experiencias, una curiosidad que los traficantes de drogas explotan sin escrúpulos. Debemos hacer comprender a los jóvenes que el consumo de drogas no da prestigio en absoluto y que no es un pasaporte para una vida mejor. Que se fijen, si no, en cualquier toxicómano".

Las drogas de diseño constituyen hoy un fuerte atractivo para incitar a los adolescentes y jóvenes al consumo de drogas.

El término de droga de diseño fue acuñado en los años sesenta por Gary Henderson, para referirse a distintos tipos de sustancias que se sintetizan al realizar un ligero cambio sobre la estructura molecular de una droga controlada conocida, "diseñándola" para que quede fuera de la legislación actual. Tal y como señala Buchanan, no se trata de la síntesis original de productos nuevos, sino del desvío al mercado negro de sustancias ya sintetizadas previamente que nunca han estado disponibles comercialmente.

Clasificación General

- ? *los opiáceos de síntesis (derivados del fentanil y la meperidina)*
- ? *las arilciclohexilaminas (fenciclidina o PCP)*
- ? *los derivados de la metaqualona*
- ? *las feniletilaminas (éxtasis y otras)*

Por su abuso creciente, su nivel de disponibilidad y la imposibilidad de pronosticar sus efectos, sólo destacamos:

3,4-METILEN-DIOXIMETANFETAMINA (MDMA) o EXTASIS.

Origen: Esta droga está incorrectamente incluida entre las drogas de diseño. Su síntesis se produjo en diciembre de 1912 por los laboratorios alemanes E. Merck & Cía, y fue patentada en mayo de 1914, como supresor del apetito, pero nunca fue comercializada. No tiene ningún uso médico en la actualidad, pero en los años '70 fue utilizada por algunos psiquiatras norteamericanos. Su uso fue prohibido en 1985 por la legislación estadounidense.

Su empleo no médico se detectó por primera vez en el oeste de los EE UU, en 1968; su abuso es muy amplio y bien establecido en los EE UU; a partir de mediados de los ochenta fue detectada en Europa.

Vía de administración: La vía oral es la predominante, aunque hay experiencias de inyección e inhalación.

Mecanismos de acción:

- Estimula la liberación de la serotonina con depleción selectiva
- Bloquea la recaptación de la dopamina
- Libera catecolaminas e inhibe su recaptación

Principales efectos: Los efectos del éxtasis, a medio camino entre las anfetaminas y los alucinógenos, aparecen entre 30 minutos y una hora, y pueden durar entre 4 y 8 horas. Se produce un estado de relajación, ligera euforia; se dice que la droga mejora la confianza y la comunicación con los otros, aumenta la autoestima y la confianza del individuo, desaparecen las inhibiciones, estimula la percepción, el estado emocional; disminuye el sueño y el apetito. Entre las reacciones físicas se destacan las pupilas dilatadas, la sequedad bucal y la sobreestimulación. Aparece ligera ansiedad, aumento de la presión sanguínea, de la frecuencia cardíaca y bruxismo con tensión mandibular, hiperreflexia e hipertermia.

Efectos adversos: Pueden aparecer con una dosis única o con las habituales de consumo, las hepatitis agudas, cuadros de dolor torácico sin disnea, taquicardia u otros síntomas asociados; hay casos de hemorragia intracraneal. En ocasiones puede presentarse agitación psicomotora, hipervigilancia e ideas megalomaniacas. También, pueden aparecer trismus, bruxismo y movimientos anormales de la mandíbula. Entre los efectos residuales se destacan el insomnio y la anorexia.

Se señala que el éxtasis es una droga que puede desencadenar una psicosis en pacientes con predisposición a ella, la que puede ser tanto reversible como irreversible.

Se han descrito casos de hepatitis tóxica, que puede llegar hasta la muerte. La afectación hepática puede ser desencadenada por una sola dosis.

Pueden aparecer arritmias supraventriculares y ventriculares, hemorragias cerebrales y muerte.

No se conoce con exactitud la dosis tóxica en el hombre y es una sustancia poco previsible.

Sobredosis: Las principales manifestaciones asociadas a la sobredosis o intoxicación son: hipertermia marcada (42-43°), taquicardia e hipertensión arterial que evoluciona hacia hipotensión, convulsiones, hipertonía muscular, coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal, alucinaciones visuales, rabdomiólisis, que determina la muerte en un intervalo de 2-60 horas.

El uso continuado de éxtasis favorece el desarrollo de la tolerancia, la cual implica un aumento consecutivo de reacciones adversas y toxicidad; se cree que puede crear cierta dependencia.

Tratamiento de la intoxicación aguda

Medidas de apoyo:

- Lavado gástrico, si han transcurrido menos de cuatro horas del consumo
- Administración de carbón activado
- Contra las convulsiones: Diazepam
- Agitación psicomotriz: Haloperidol, Diazepam, Clorpromazina e.v.

Tratamiento de la hipertermia

- Colocar al paciente en un ambiente frío
- Disminuir la actividad física
- Ventilar con aire frío
- Colocar paños de agua fría en el cuerpo y la cabeza
- Lavado gástrico con solución fisiológica fría
- En casos graves y resistentes se puede indicar sedación y provocar parálisis neuromuscular.

Algunos investigadores recomiendan forzar la diuresis con manitol, y señalan que no se debe alcalinizar ni acidificar la orina, ya que se aumentaría el daño renal; otros, para evitar la rabdomiólisis, recomiendan alcalinizar la orina y mantener un flujo urinario elevado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Barrientos G, León M, Lugo V. Abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias en la Atención Primaria de Salud. (Documento) Atención a las Adicciones en la Comunidad. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social (2002).
2. Becoña E, Vázquez F. Heroína, cocaína y drogas de síntesis. Madrid: Editorial SINTES, 2001:124-56.
3. Casas M. Trastornos Psíquicos en las Toxicomanías I. Barcelona: Ediciones Neurociencias, 1992:12.
4. Casas M, Gutiérrez M, San L. Avances en Drogodependencias. Barcelona: Ediciones Neurociencias, 1995:142-44.

5. Colectivo de autores. Dirección Nacional de Farmacias y Ópticas. Control de drogas, estupefacientes y psicotrópicos en la Atención Primaria de Salud. (Documento) Atención a las Adicciones en la Comunidad. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social, 2002.
6. Colectivo de autores de la Dirección Nacional y de Ciudad de la Habana del Sistema Integrado de la Urgencia Médica. Documento: Atención a las Adicciones en la Comunidad. Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social, 2002.
7. ONU. Documentos del Vigésimo Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas, 8 al 10 de junio de 1998.
8. Drogodependencias. En: Habilidades en Salud Mental para Médicos Generales. 2da. Edición Actualizada. Madrid: ENE Publicidad, S.A., 1996:16-19.
9. Drogodependencias. Manual Didáctico para Educadores. Generalitat Valenciana, España, 1991.
10. Escotado A. Las drogas. De los orígenes a la prohibición. Madrid: Alianza Editorial, S.A., 1994:53-8.
11. González R. SOS: Alcohol y otras drogas. Santiago de Cuba: Ed. Oriente, 1998.
12. González R. Clínica y Terapéutica de las Adicciones para el Médico General. Argentina: Ediciones de San Luis, 2000.
13. González R. Consideraciones para el Manejo de la Drogadicción. (Documento) Atención a las Adicciones en la Comunidad. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Área de Asistencia Médica y Social, 2002.
14. Melero J, Flores R. Éxtasis y otras drogas de síntesis. Bilbao (España): EDEX, 1996:6-14.
15. Roig A. Las Anfetaminas. Las drogas de diseño. Dependencias de medicamentos. Vol III Málaga (España): ACIPAI S, 1995:15-38.