

Serie de Reportes

DE INVESTIGACIÓN

LA HEROÍNA: *Abuso y Adicción*

La heroína es una droga con gran potencial adictivo cuyo abuso tiene repercusiones que van mucho más allá del usuario individual. Las consecuencias médicas y sociales del abuso de drogas —el VIH/SIDA, la tuberculosis, los efectos sobre el feto, el crimen, la violencia y los problemas en el entorno familiar, laboral y educacional— han tenido un impacto social devastador con un costo de miles de millones de dólares cada año.

Aunque ha habido una reducción en la tendencia al abuso de la heroína en los últimos años, continúa habiendo una prevalencia mayor de la que había a principios de la década de los noventa. Estas tasas relativamente altas de abuso, especialmente en los jóvenes de edad escolar, sumadas a la glorificación de la heroína en la música y en las películas, demandan que el público tenga a su alcance la información científica más reciente sobre este tema. Por otra parte, un aumento en la pureza y una reducción en el precio de la heroína la han convertido en una opción atractiva para los jóvenes.

Al igual que con muchas otras enfermedades crónicas, la adicción puede tratarse. Afortunadamente, la disponibilidad de los tratamientos para manejar la adicción a los opiáceos y la expectativa de nuevos tratamientos derivados de investigaciones ofrecen esperanza a las personas que sufren de la adicción y a aquellos a su alrededor. Por ejemplo, la buprenorfina, aprobada por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) en el 2002, proporciona una alternativa menos adictiva que el tratamiento de mantenimiento con metadona, reduciendo los deseos por la droga con apenas síntomas leves de abstinencia, y con la ventaja de que se puede recetar en la privacidad del consultorio médico.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) ha preparado esta publicación para ofrecer una perspectiva general del estado del abuso y la adicción a la heroína. Esperamos que esta recopilación de información científica sobre la heroína ayude a informar a los lectores sobre los efectos dañinos del abuso y la adicción a esta droga y que contribuya a los esfuerzos de prevención y tratamiento.

Nora D. Volkow, M.D.

Directora

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas

¿Qué es la heroína?

La heroína es una droga ilegal altamente adictiva. No sólo es el opiáceo de más abuso sino que también es el de acción más rápida. La heroína se procesa de la morfina, sustancia que ocurre naturalmente y que se extrae de la bellota de ciertas variedades de amapolas o adormideras. Típicamente se vende en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra pegajosa conocida en la calle como “goma” o “alquitrán negro” (“black tar heroin”). Aunque se está volviendo más común encontrar heroína de mayor pureza, la mayoría de la heroína que se vende en la calle ha sido mezclada o “cortada” con otras drogas o con sustancias como azúcar, almidón, leche en polvo o quinina. También se vende en la calle heroína que ha sido cortada con estircina u otros venenos. Debido a que

las personas que abusan de la heroína no saben la fuerza real de la droga o su verdadero contenido, corren el riesgo de una sobredosis o de morir. La heroína también presenta problemas especiales debido a la transmisión del VIH y otras enfermedades que puede ocurrir al compartir las agujas u otros equipos de inyección.

¿Cuál es el alcance del uso de la heroína en los Estados Unidos?

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud del 2003 —que en realidad puede haber subestimado el uso de opiáceos ilícitos (heroína)— alrededor de 3.7 millones de

personas han usado heroína en algún momento en su vida, y más de 119.000 de ellas informaron haberla usado en el mes anterior a la encuesta. Se calcula que unos 314.000 americanos usaron heroína en el año anterior a la encuesta, y que el grupo con el mayor número



de usuarios era el de los mayores de 26 años. La encuesta reportó que de 1995 al 2002, el número anual de usuarios nuevos de heroína fluctuó entre 121.000 a 164.000. Durante este período, la mayoría de usuarios nuevos (en promedio, el 75 por ciento) tenían 18 años en adelante y la mayoría eran varones. En el 2003, el 57.4 por ciento de los que habían usado heroína en el año anterior se podían clasificar como dependientes o abusadores de heroína y se calcula que alrededor de 281.000 personas recibieron tratamiento para el abuso de heroína.

El Estudio de Observación del Futuro, una encuesta anual auspiciada por el NIDA sobre el uso de drogas por los estudiantes del 8º, 10º y 12º grado en todo el país, informa que el uso de heroína se mantuvo estable del 2003 al 2004. El 1.6 por ciento de los estudiantes del 8º grado y el 1.5 por ciento de los estudiantes tanto del 10º como del 12º grado habían usado heroína alguna vez en su vida.

Según la Red de Alerta sobre el Abuso de Drogas (DAWN, por sus siglas en inglés), sistema que recolecta datos sobre las visitas a las salas de emergencia de los hospitales en

21 áreas metropolitanas en las que se menciona el uso de alguna droga, en el 2002 hubo 93.519 episodios de visitas hospitalarias relacionadas a la heroína.

El Grupo de Trabajo de Epidemiología de la Comunidad (CEWG, por sus siglas en inglés), auspiciado por el NIDA, proporciona información sobre la naturaleza y los patrones de uso de drogas en 21 ciudades. En su publicación de diciembre del 2003, informó que la heroína era la droga que más se menciona como la principal droga de abuso en una gran parte de las admisiones a tratamiento para el abuso de drogas en las ciudades de Baltimore, Boston, Detroit, Los Ángeles, Newark, Nueva York y San Francisco.

¿Cómo se usa la heroína?

La heroína generalmente se inyecta, se inhala o aspira, o se fuma. Típicamente el adicto se puede inyectar hasta cuatro veces al día. La inyección intravenosa proporciona la mayor intensidad y causa

la oleada de euforia más rápida (de 7 a 8 segundos), mientras que la inyección intramuscular produce un inicio relativamente lento de la euforia (de 5 a 8 minutos). Cuando la heroína se inhala o se fuma, generalmente se sienten sus efectos máximos después de unos 10 a 15 minutos. Los investigadores del NIDA han confirmado que todas las formas de administración de la heroína causan adicción.

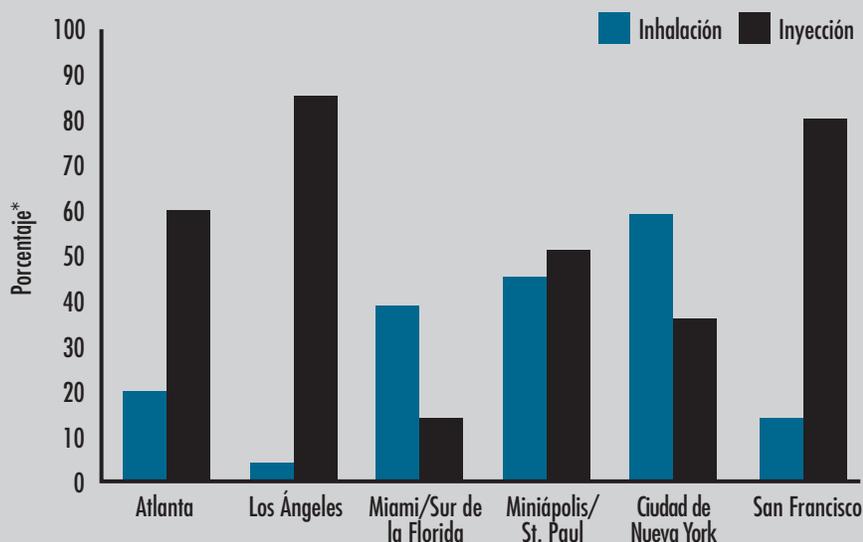
La inyección continúa siendo el método de administración más común entre los adictos de heroína que buscan tratamiento. En muchas de las áreas del CEWG, se reporta un aumento en el uso de heroína por vía inyectable, mientras que su uso por inhalación está disminuyendo. Sin embargo, hay ciertos grupos como el de las personas de raza blanca que viven en los suburbios en el área de Denver, que informan fumar o inhalar la heroína porque creen que estas vías de administración causan menos adicción.

Con el cambio en los patrones de abuso de la heroína se presenta un grupo aún más diverso de usuarios. En años recientes, la disponibilidad de una heroína de mayor pureza (que es más apta para la inhalación) y la disminución en los precios reportados en muchas áreas, han aumentado la atracción por la heroína para usuarios renuentes a inyectársela. Por otra parte, la heroína también ha comenzado a aparecer en las comunidades más afluentes.

¿Cuáles son los efectos inmediatos (a corto plazo) del uso de la heroína?

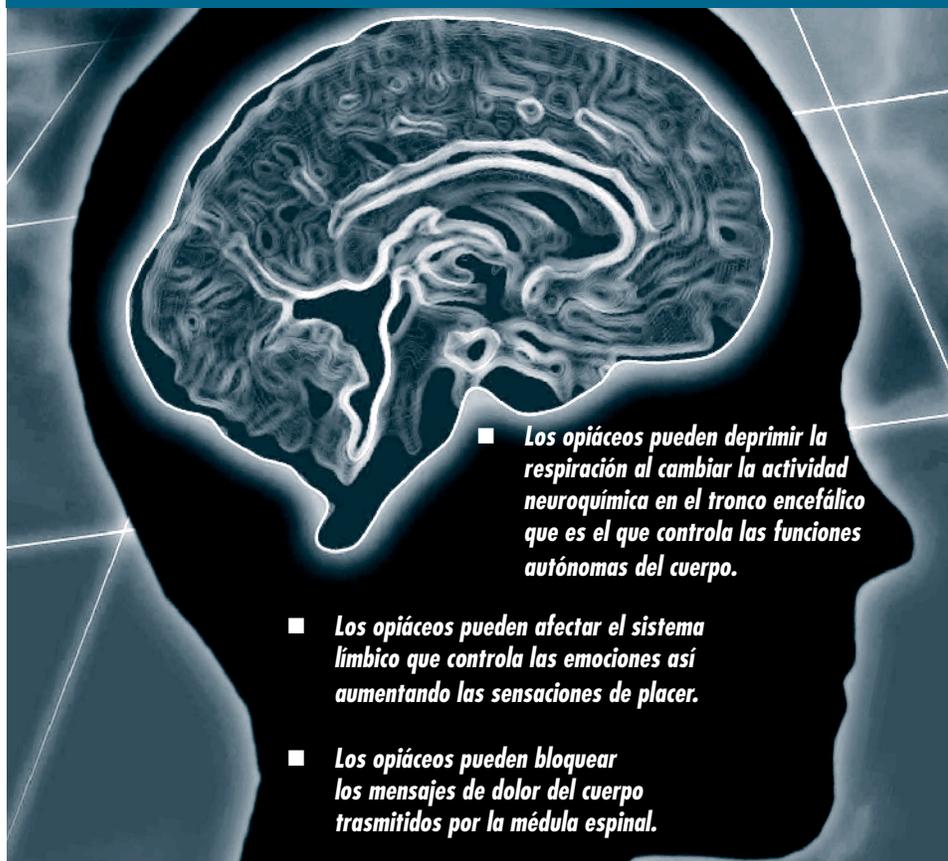
Poco después de inyectársela (o inhalarla), la heroína cruza la barrera de la sangre al cerebro. En el cerebro, la heroína se convierte en morfina y rápidamente se adhiere a los receptores de opioides. Las personas que abusan de la heroína típicamente informan que sienten una

Ruta de administración entre los pacientes admitidos a tratamientos para adicción a la heroína en áreas selectas



Fuente: Grupo de Trabajo de Epidemiología de la Comunidad, NIDA, diciembre del 2003, Volumen II.
*Incluye datos proporcionados por centros de tratamiento para el primer semestre del 2003.

Los opiáceos actúan sobre muchos lugares del cerebro y del sistema nervioso



■ *Los opiáceos pueden deprimir la respiración al cambiar la actividad neuroquímica en el tronco encefálico que es el que controla las funciones autónomas del cuerpo.*

■ *Los opiáceos pueden afectar el sistema límbico que controla las emociones así aumentando las sensaciones de placer.*

■ *Los opiáceos pueden bloquear los mensajes de dolor del cuerpo transmitidos por la médula espinal.*

oleada de sensaciones agradables, conocida comúnmente como “rush”. La intensidad del “rush” depende de la cantidad de la droga que se ha tomado y la rapidez con que la droga entra al cerebro y se adhiere a los receptores naturales de opioides. La heroína es particularmente adictiva porque entra al cerebro rápidamente. Con la heroína, el “rush” generalmente va acompañado por un acaloramiento de la piel, sequedad de la boca y una sensación de pesadez en las extremidades a veces seguido por náusea, vómito y una picazón severa.

Después de los efectos iniciales, los abusadores generalmente se sienten somnolientos por varias horas. La función mental se ofusca por el efecto de la heroína en el sistema nervioso central. La función cardíaca disminuye. La respiración también se deprime

enormemente, a veces hasta el punto de causar la muerte. La sobredosis de heroína puede ser particularmente peligrosa en la calle, donde no se puede determinar con certeza la cantidad y la pureza de la droga.

¿Cuáles son los efectos a largo plazo del uso de la heroína?

Uno de los efectos más perjudiciales de la heroína es la adicción en sí. La adicción es una enfermedad crónica con recaídas, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de drogas y por cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro. Asimismo, la heroína produce un

grado profundo de tolerancia y dependencia física, los que también son factores poderosos que motivan su uso compulsivo y abuso. Al igual que con las personas que abusan de otras drogas adictivas, los abusadores de heroína gradualmente gastan cada vez más tiempo y energía obteniendo y usando la droga. Una vez ya adictos, el propósito primordial en la vida del abusador de heroína se convierte en la búsqueda y el uso de la droga. Las drogas literalmente cambian sus cerebros y comportamiento.

La dependencia física se desarrolla con dosis más altas de la droga. Con la dependencia física, el cuerpo se adapta a la presencia de la droga y los síntomas del síndrome de abstinencia comienzan si su uso se reduce abruptamente. Este síndrome puede ocurrir pocas horas después de la última vez que se usó la droga. Sus síntomas incluyen inquietud, dolor en los músculos y huesos, insomnio, diarrea, vómito, escalofríos con piel de gallina (“romper en frío” o “cold turkey”) y movimientos de las piernas. Los síntomas agudos del síndrome de abstinencia alcanzan su punto máximo entre 24 a 48 horas después de la última dosis de heroína y se apaciguan aproximadamente en una semana. Sin embargo, algunas personas muestran signos persistentes del síndrome de abstinencia por muchos meses. La abstinencia a la heroína nunca es fatal para adultos saludables, pero puede ser mortal al feto de una adicta embarazada.

En algún momento durante el uso continuo de la heroína, el usuario puede hacerse adicto a la droga. Ocasionalmente, hay adictos que soportan muchos de los síntomas del síndrome de abstinencia para reducir su tolerancia a la droga y así poder sentir el “rush” nuevamente.

En un tiempo se pensaba que la dependencia física y la aparición de los síntomas de abstinencia eran las características clave de la adicción a la heroína. Ahora sabemos que esto no es totalmente cierto, ya que el deseo y la recaída pueden ocurrir semanas o meses después de haber desaparecido los síntomas del

síndrome de abstinencia. También sabemos que los pacientes con dolores crónicos, que necesitan opiáceos para poder funcionar (a veces usándolos por períodos largos), tienen pocos o casi ningún problema para dejar los opiáceos una vez que el dolor se ha eliminado por otros medios. Esto puede ser porque el paciente con dolor simplemente está buscando alivio al dolor y no el “rush” que busca el adicto.

¿Cuáles son las complicaciones médicas del uso crónico de la heroína?

Las consecuencias médicas del uso crónico de la heroína mediante inyección incluyen venas cicatrizadas o colapsadas, infecciones bacterianas de los vasos sanguíneos, abscesos (forúnculos) y otras infecciones de los tejidos blandos, y enfermedades hepáticas o renales. Las complicaciones pulmonares (incluyendo varios tipos de neumonía y tuberculosis) pueden ser el resultado de la mala salud del abusador, así como de los efectos depresivos de la heroína sobre la respiración.

Algunos de los aditivos encontrados en la heroína que se vende en la calle pueden contener sustancias que no se disuelven fácilmente y que obstruyen los vasos sanguíneos que van a los pulmones, el hígado, los riñones o el cerebro. Esto puede causar una infección y hasta la muerte de pequeños grupos de células en los órganos vitales. Las reacciones inmunes a estos y otros contaminantes pueden causar artritis u otros problemas reumatológicos.

Por supuesto que compartir los equipos de inyección o fluidos puede resultar en las consecuencias más severas del abuso de la heroína como la infección con hepatitis B y C, VIH o una variedad de otros virus transmitidos por la sangre, que los drogadictos a su vez pueden después pasar a sus parejas sexuales y a sus hijos.

¿Cómo afecta el abuso de heroína a las mujeres embarazadas?

El abuso de heroína durante el embarazo, conjuntamente con los muchos factores ambientales asociados (por ejemplo, la falta de cuidados prenatales), ha

sido vinculado a complicaciones adversas, incluyendo un bajo peso del bebé al nacer, lo que constituye un factor de riesgo importante para retrasos futuros en su desarrollo. El mantenimiento con metadona, en combinación con cuidados prenatales y un programa de tratamiento integral para el abuso de drogas, puede aminorar muchas de las consecuencias negativas, tanto en la madre como en el recién nacido, que suelen estar asociadas con el abuso de la heroína en las mujeres que no reciben tratamiento. No obstante, los bebés expuestos a la metadona en el embarazo generalmente requieren tratamiento para los síntomas del síndrome de abstinencia. Varios estudios realizados en los Estados Unidos han encontrado que la buprenorfina es tan eficaz y segura como la metadona, en el tratamiento ambulatorio de pacientes con dependencia a los opiáceos. Dado este nivel de eficacia en los adultos, los estudios actuales están tratando de establecer la seguridad y la eficacia de la buprenorfina en las mujeres embarazadas con dependencia a los opiáceos. En el caso de las mujeres que no quieren o no pueden recibir farmacoterapia para su adicción a la heroína, se puede lograr la desintoxicación de los opiáceos durante el embarazo con una relativa seguridad, aunque se debe tomar en cuenta la posibilidad de recaer en el uso de la heroína.

Los efectos a corto y largo plazo del abuso de la heroína

Efectos a corto plazo:

- “Rush” u oleada de euforia
- Depresión respiratoria
- Ofuscación del funcionamiento mental
- Náusea y vómito
- Supresión del dolor
- Abortos espontáneos

Efectos a largo plazo:

- Adicción
- Enfermedades infecciosas, por ejemplo, VIH/SIDA, la hepatitis B y C
- Venas colapsadas
- Infecciones bacterianas
- Abscesos
- Infección del endocardio y las válvulas del corazón
- Artritis y otros problemas reumatológicos

¿Por qué los usuarios de heroína tienen mayor riesgo de contraer el VIH/SIDA y la hepatitis B y C?

Las personas que abusan de la heroína corren peligro de contraer el VIH, la hepatitis C y otras enfermedades infecciosas

al compartir y volver a usar jeringuillas y otros equipos de inyección que fueron utilizados por personas infectadas. También se pueden contagiar a través de contactos sexuales sin protección con una persona infectada. Los usuarios de drogas inyectables (UDI) representan el grupo que corre el mayor riesgo de contraer el virus de la hepatitis C. Se calcula que entre un 70 a un 80 por ciento de los 35.000 casos de infecciones nuevas de hepatitis C que surgen en los Estados Unidos anualmente, ocurren en los UDI.

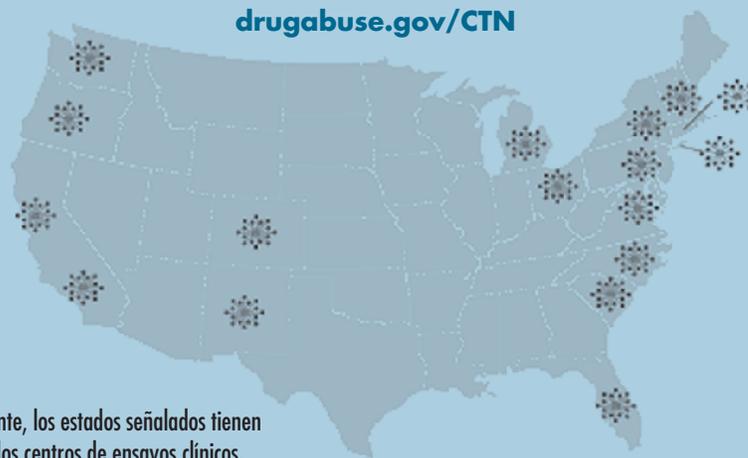
Las investigaciones financiadas por el NIDA han encontrado que los abusadores de drogas pueden cambiar los comportamientos que los ponen en riesgo de contraer el VIH, a través de programas de tratamiento, de prevención y de alcance comunitario destinados a combatir el abuso de drogas. Ellos pueden eliminar el uso de drogas, los comportamientos de riesgo relacionados a las drogas como el compartir agujas y las prácticas sexuales poco seguras, a la vez previniendo el riesgo de ser expuestos al VIH/SIDA y a otras enfermedades infecciosas. La prevención y el tratamiento para el abuso de drogas son altamente eficaces en prevenir la diseminación del VIH.

¿Qué tratamientos hay para la adicción a la heroína?

Existe una variedad de tratamientos eficaces para la adicción a la heroína. Estos tratamientos tienden a ser más eficaces cuando se identifica el abuso a la heroína en sus primeras etapas. Los tratamientos detallados a continuación varían dependiendo de cada persona. No obstante, la metadona, un opiáceo sintético que bloquea el efecto de la heroína y elimina los síntomas del síndrome de abstinencia, tiene un récord probado de éxito en las personas adictas a la

Red Nacional de Ensayos Clínicos para el Tratamiento de la Drogadicción, NIDA

drugabuse.gov/CTN



Actualmente, los estados señalados tienen establecidos centros de ensayos clínicos.

heroína. Hay otros enfoques farmacéuticos como la buprenorfina, así como muchas terapias conductuales, que también se utilizan para tratar la adicción a la heroína. La buprenorfina es una adicción reciente al conjunto de medicamentos que actualmente existen para el tratamiento de la adicción a la heroína y otros opiáceos. Este medicamento es diferente a la metadona, ya que tiene menos riesgo de causar adicción y se puede recetar en la privacidad del consultorio médico. La buprenorfina/naloxona (Suboxone) es un producto que combina los dos medicamentos para minimizar el abuso.

Desintoxicación

Los programas de desintoxicación tratan de lograr una abstinencia segura y compasiva de los opiáceos minimizando la severidad de los síntomas del síndrome de abstinencia y otras complicaciones médicas. El objetivo primordial de la desintoxicación es aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia, mientras los pacientes se acostumbran a estar libre de drogas. Aunque de por sí no es un tratamiento para la adicción, la desintoxicación es un paso útil sólo si conduce a un tratamiento a largo plazo sin fármacos (residencial o ambulatorio)

o a uno que usa medicamentos como parte del tratamiento. Los mejores tratamientos documentados sin fármacos, son los programas residenciales de las comunidades terapéuticas que duran aproximadamente de 3 a 6 meses.

La abstinencia a los opiáceos rara vez es fatal. Está caracterizada por síntomas agudos que llegan a su punto máximo de 48 a 72 horas después de la última dosis del opiáceo y desaparecen después de unos 7 a 10 días, seguidos por un síndrome de abstinencia más prolongado caracterizado por malestar general y deseo vehemente por los opiáceos.

Programas con metadona

Durante más de 30 años se ha utilizado el tratamiento con metadona con eficacia y seguridad para tratar la adicción a los opiáceos. Prescrita adecuadamente, la metadona no es tóxica ni sedativa, y sus efectos no interfieren con actividades regulares como conducir un automóvil. El medicamento se toma por vía oral y éste suprime los síntomas del síndrome de abstinencia al narcótico por un periodo de 24 a 36 horas. Los pacientes pueden percibir dolor y tener reacciones emocionales. Pero lo más importante es que la metadona calma el deseo vehemente por la heroína asociado

La buprenorfina

Nombre _____ Fecha _____

Dirección _____

Rx

Un nuevo medicamento para tratar la adicción a los opiáceos

- Primer medicamento desarrollado para tratar la adicción a los opiáceos en la privacidad del consultorio médico. Se adhiere a los mismos receptores que la morfina pero no produce los mismos efectos.
- Ofrece una herramienta valiosa a los médicos para el tratamiento de los casi 900.000 usuarios crónicos de heroína en los Estados Unidos.
- A partir de marzo del 2004, había 3.951 médicos en los Estados Unidos autorizados para recetar la buprenorfina a sus pacientes.

La historia del descubrimiento

- Originalmente fue sintetizado como analgésico en Inglaterra en 1969.
- Su potencial para tratar la adicción fue reconocido por investigadores del NIDA a finales de los años setenta.
- El NIDA creó la División de Desarrollo Farmacológico en 1990 para estudiar el desarrollo de tratamientos farmacológicos para la adicción.
- El NIDA llegó a un acuerdo con la compañía que desarrolló la buprenorfina para traerla al mercado estadounidense en 1994.
- La FDA aprobó las tabletas de buprenorfina en el 2002.

con la adicción, el cual es una de las razones principales de las recaídas. Se ha encontrado que en los pacientes que utilizan metadona, las dosis normales de la heroína que se vende en la calle no son suficientes para producir el “rush”, haciendo más fácil dejar de usar la heroína.

Los efectos de la metadona duran de cuatro a seis veces más que los de la heroína, por lo que las personas en tratamiento necesitan tomarla solamente una vez al día. La metadona también es un medicamento seguro aún

cuando se consume continuamente por más de 10 años. Cuando se combina con las terapias conductuales o consejerías y otros servicios de apoyo, la metadona permite a los pacientes dejar el uso de la heroína (y otros opiáceos) y volver a tener una vida más estable y productiva. Se deben vigilar cuidadosamente las dosis de metadona en pacientes que están recibiendo terapia antiviral para tratar la infección por VIH para evitar interacciones potencialmente negativas entre los medicamentos.

La buprenorfina y otros medicamentos

La buprenorfina es un tratamiento particularmente atractivo porque, en comparación con otros medicamentos como la metadona, origina efectos opiáceos más débiles y es menos probable que cause problemas de sobredosis. La buprenorfina también produce un nivel menor de dependencia física, por lo que los pacientes que discontinúan su uso generalmente tienen menos síntomas del síndrome de abstinencia que aquellos que discontinúan la metadona. Gracias a estas ventajas, la buprenorfina parece ser más adecuada para uso en una amplia variedad de ambientes de tratamiento en comparación con los medicamentos ahora disponibles. Actualmente el NIDA está investigando otros medicamentos que muestran ser prometedores para tratar la sobredosis o adicción a la heroína.

Además de la metadona y la buprenorfina, se pueden recetar otras drogas que alivian la severidad de los síntomas del síndrome de abstinencia. La clonidina muestra algún beneficio, pero su uso es limitado debido a sus efectos sedantes y de hipotensión. La lofexidina, un agonista adrenérgico alfa-2 que actúa sobre el sistema nervioso central, fue lanzado al mercado en 1992 específicamente para el alivio sintomático de pacientes que están pasando por el síndrome de abstinencia de opiáceos.

La naloxona y la naltrexona son medicamentos antagonistas, es decir, que bloquean los efectos de la morfina, heroína y otros opiáceos, y como tal son especialmente útiles como antídotos. La naltrexona tiene efectos de larga duración, extendiéndose de 1 a 3 días dependiendo de la dosis. La naltrexona bloquea los efectos placenteros de la heroína y es útil para tratar a ciertas personas altamente motivadas. La naltrexona también ha mostrado ser exitosa en la prevención de recaídas en convictos que habían sido adictos a los opiáceos y que han salido de prisión bajo libertad condicional.

Terapias de la conducta

Aunque los tratamientos conductuales y farmacológicos pueden ser sumamente útiles cuando son empleados individualmente, la ciencia nos ha enseñado que al integrar ambos tipos de tratamientos se consigue un enfoque más efectivo. Existen muchos tratamientos de la conducta eficaces para la adicción a la heroína. Estos pueden incluir enfoques residenciales o ambulatorios. Por lo tanto, una tarea importante es la de integrar el mejor enfoque de tratamiento con las necesidades particulares del paciente. Además, hay varias terapias nuevas de la conducta que muestran ser particularmente prometedoras para tratar la adicción a la heroína, como la terapia de manejo de contingencias y las intervenciones cognitivas-conductuales, especialmente si se las aplica en combinación con las farmacoterapias. La terapia de manejo de contingencias utiliza un sistema basado en comprobantes o vales, en que los pacientes ganan “puntos” basados en los análisis de laboratorio negativos para el uso de drogas. Estos puntos se pueden canjear por artículos que promueven un estilo de vida saludable. Las intervenciones cognitivas-conductuales están diseñadas para ayudar a modificar las expectativas y los comportamientos del paciente relacionados al uso de drogas, y para aumentar sus habilidades para lidiar con varios factores de la vida que causan estrés. Tanto los tratamientos conductuales como los farmacológicos ayudan a restaurar

la función cerebral y el comportamiento a un nivel normal, aumentando las tasas de empleo y disminuyendo el riesgo del VIH y de otras enfermedades así como también las conductas criminales.

¿Qué son los análogos de opioides y qué peligros traen?

El análogo de una droga es un compuesto químico similar a esa droga en cuanto a sus efectos, pero un poco diferente en su estructura química. Algunos análogos son producidos por compañías farmacéuticas para usos médicos legítimos. Otros análogos, a veces conocidos como “drogas de diseño”, pueden ser producidos en laboratorios ilegales y a menudo son más peligrosos y potentes que la droga original. Dos de los análogos de opioides más comúnmente conocidos son el fentanil y la meperidina (que se vende bajo el nombre de marca Demerol).

El fentanil fue introducido en 1968 por una compañía farmacéutica belga como un narcótico sintético para uso como analgésico en procedimientos quirúrgicos por sus efectos mínimos sobre el corazón. El fentanil es particularmente peligroso porque es 50 veces más potente que la heroína y puede rápidamente parar la respiración. Esto no es un problema

durante procedimientos quirúrgicos porque se utilizan máquinas para ayudar a los pacientes a respirar. En la calle, sin embargo, se han encontrado a los usuarios muertos con la aguja con que se inyectaron la droga todavía en el brazo.

¿Dónde puedo obtener más información científica sobre el abuso y la adicción a la heroína?

Para aprender más sobre la heroína y otras drogas de abuso, póngase en contacto con el Centro Nacional de Información sobre Alcohol y Drogas (NCADI) al 1-800-729-6686. Hay especialistas de información listos para ayudarlo a localizar la información y los recursos que usted necesite.

Los *InfoFacts* y otras hojas informativas sobre los efectos de la heroína a la salud y demás drogas de abuso se pueden obtener en español o inglés en el sitio Web del NIDA (www.drugabuse.gov), o se los puede ordenar gratuitamente del Centro Nacional de Información sobre Alcohol y Drogas (NCADI, por sus siglas en inglés) en la página www.health.org.

Información en el Internet

- Qué hay de nuevo en el sitio Web del NIDA
- Información sobre las drogas de abuso
- Publicaciones y comunicaciones (incluyendo “NIDA NOTES”)
- Información sobre ensayos clínicos a través de la red CTN
- Calendario de eventos
- Enlaces a las unidades de organización del NIDA
- Información sobre provisión de financiamiento (incluyendo anuncios y plazos para los programas)
- Actividades internacionales
- Enlaces y acceso a sitios Web de muchas otras organizaciones en este campo.

Sitios Web del NIDA
www.drugabuse.gov
www.drugabuse.gov/CTN

NCADI
 Sitio web: www.health.org
 Teléfono: 1-800-729-6686

Glosario

Adicción: Una enfermedad crónica con recaídas caracterizadas por la búsqueda y el uso compulsivo de la droga, y por cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro.

Agonista: Un compuesto químico que imita la acción de un neurotransmisor natural para producir una respuesta biológica.

Análogo: Un compuesto químico que es similar a otra droga en cuanto a sus efectos pero que difiere un poco en su estructura química.

Antagonista: Una droga que contrarresta o bloquea los efectos de otra droga.

Buprenorfina: Un medicamento opiáceo, mezcla de agonista-antagonista, que sirve para el tratamiento de la adicción a la heroína.

“Craving”: Un deseo vehemente y a menudo incontrolable por las drogas.

Dependencia física: Un estado fisiológico adaptativo que ocurre con el uso continuo de una droga y que produce el síndrome de abstinencia cuando se deja de usar la droga; usualmente ocurre cuando existe la tolerancia.

Desintoxicación: Un proceso que permite al cuerpo liberarse de una droga al tiempo que se manejan los síntomas del síndrome de abstinencia; a menudo es el primer paso en un programa para el tratamiento de drogas.

Fentanil: Un análogo de opioide útil como medicamento, que es 50 veces más potente que la heroína.

Meperidina: Un opioide aprobado para usos médicos que está disponible bajo varias marcas (ej., Demerol).

Metadona: Un medicamento sintético de acción prolongada, cuya eficacia se ha comprobado para el tratamiento de la adicción a la heroína.

“Rush”: La oleada de placer eufórico que rápidamente sigue la administración de una droga.

Síndrome de abstinencia (“withdrawal”): Una variedad de síntomas que se producen cuando se suspende o se reduce el uso de una droga adictiva.

Tolerancia: La condición que requiere dosis cada vez mayores de la droga para poder obtener el mismo efecto que cuando se la usó por primera vez; a menudo lleva a la dependencia física.

Referencias

- Community Epidemiology Work Group. *Epidemiologic Trends in Drug Abuse*, Vol. II, Proceedings of the Community Epidemiology Work Group, December 2003. NIH Pub. No. 04-5365. Bethesda, MD: NIDA, NIH, DHHS, 2004.
- Dashe, J.S.; Jackson, G.L.; Olscher, D.A.; Zane, E.H.; y Wendel, G.D., Jr. Opioid detoxification in pregnancy. *Obstet Gynecol* 92(5):854-858, 1998.
- Dole, V.P.; Nyswander, M.E.; y Kreek, M.J. Narcotic blockade. *Arch Intern Med* 118(4):304-309, 1966.
- Goldstein, A. Heroin addiction: Neurology, pharmacology, and policy. *J Psychoactive Drugs* 23(2):123-133, 1991.
- Hughes, P.H.; y Rieche, O. Heroin epidemics revisited. *Epidemiol Rev* 17(1):66-73, 1995.
- Hulse, G.K.; Milne, E.; English, D.R.; y Holman, C.D.J. The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight. *Addiction* 92(11):1571-1579, 1997.
- Jansson, L.M.; Svikis, D.; Lee, J.; Paluzzi, P.; Rutigliano, P.; y Hackerman, F. Pregnancy and addiction; a comprehensive care model. *Journal of Substance Abuse Treatment* 13(4):321-329, 1996.
- Jarvis, M.A.; y Schnoll, S.H. Methadone use during pregnancy. *NIDA Research Monograph* 149, 58-77, 1995.
- Johnson, R.E.; Jones, H.E.; y Fischer, G. Use of buprenorphine in pregnancy: patient management and effects on neonate. *Drug and Alcohol Dependence* 70(2):S87-S101, 2003.
- Jones, H.E. Practical Considerations for the Clinical Use of Buprenorphine. *Science & Practice Perspectives* 2(2):4-20, 2004.
- Kornetsky, C. Action of opioid on the brain-reward system. In: Rapaka, R.S.; and Sorer, H.; eds. *Discovery of Novel Opioid Medications*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 147. NIH Pub. No. 95-3887. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1991, pp. 32-52.
- Kreek, M.J. Using methadone effectively: Achieving goals by application of laboratory, clinical, and evaluation research and by development of innovative programs. In: Pickens, R.; Leukefeld, C.; and Schuster, C.R.; eds. *Improving Drug Abuse Treatment*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 106. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1991, pp. 245-266.
- Lewis, J.W.; y Walter, D. Buprenorphine: Background to its development as a treatment for opiate dependence. In: Blaine, J.D., ed. *Buprenorphine: An Alternative for Opiate Dependence*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 121. DHHS Pub. No. (ADM) 92-1912. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1992, pp. 5-11.
- Luty, J.; Nikolou, V.; y Bearn, J. Is opiate detoxification unsafe in pregnancy? *J Subst Abuse Treat* 24(4):363-367, 2003.
- Maas, U.; Katmer, E.; Weingart-Jesse, B.; Schafer, A.; y Obladen, M. Infrequent neonatal opiate withdrawal following maternal methadone detoxification during pregnancy. *J Perinat Med* 18(2):111-118, 1990.
- Mathias, R. NIDA survey provides first national data on drug abuse during pregnancy. *NIDA NOTES* 10:6-7, 1995.
- Messinger, D.S.; Bauer, C.R.; Das, A.; Seifer, R.; Lester, B.M.; Lagasse, L.L.; Wright, L.L.; Shankaran, S.; Bada, H.S.; Smeriglio, V.L.; Langer, J.C.; Beeghly, M.; y Poole, W.K. The maternal lifestyle study: cognitive, motor, and behavioral outcomes of cocaine-exposed and opiate-exposed infants through three years of age. *Pediatrics* 113(6):1677-1685, 2004.
- National Institute on Drug Abuse. “Heroin.” *NIDA Capsule*. NIDA, 1986. National Institute on Drug Abuse. *IDUs and infectious diseases*. *NIDA NOTES* 9:15, 1994.
- National Institute on Drug Abuse. *Monitoring the Future, National Results on Adolescent Drug Use, Overview of Key Findings 2004*. NIH Pub. No. 05-5726. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 2005.
- Novick, D.M.; Richman, B.L.; Friedman, J.M.; Frieman, J.E.; Fried, C.; Wilson, J.P.
- Townley, A.; and Kreek, M.J. The medical status of methadone maintained patients in treatment for 11-18 years. *Drug and Alcohol Depend* 33(3):235-245, 1993.
- Office of Applied Studies. *Results from the 2003 National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. DHHS Pub. No. (SMA) 04-3964. SAMHSA, 2004.
- Office of National Drug Control Policy. *Heroin Facts and Figures*. Rockville, MD, 2004. Se puede encontrar en www.whitehousedrugpolicy.gov/drugfact/heroin/index.html.
- Sobel, K. NIDA's AIDS projects succeed in reaching drug addicts, changing high-risk behaviors. *NIDA NOTES* 6:25-27, 1991.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies. *Emergency Department Trends From the Drug Abuse Warning Network, Final Estimates 1995-2002*. DHHS Pub. No. (SMA) 63-3780. Rockville, MD: SAMHSA, 2003.
- Swan, N. Research demonstrates long-term benefits of methadone treatment. *NIDA NOTES* 9:1, 4-5, 1994.
- Woods, J.H.; France, C.P.; y Winger, G.D. Behavioral pharmacology of buprenorphine: Issues relevant to its potential in treating drug abuse. En: Blain, J.D., ed. *Buprenorphine: An Alternative for Opiate Dependence*. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 121. DHHS Pub. No. (ADM) 92-1912. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1992, pp. 12-27.

NIDA NATIONAL INSTITUTE
ON DRUG ABUSE

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH

En Español

NIH Publicación Número 02-4165(S)

Impresa en septiembre 2002.

Actualizada en octubre 2005.

Esta publicación puede ser reproducida.