

COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

INFORME EJECUTIVO

ANÁLISIS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN MÉXICO

I. GENERALIDADES DE LOS OPIACEOS

Origen

El Opio es conocido desde la más remota antigüedad. Encontramos referencias de sus efectos en la Odisea de Homero. Los efectos psicotrópicos, adicción y dependencia que producen el opio y sus derivados están bien documentados desde entonces.

Es una droga analgésica narcótica que se extrae de las cabezas verdes de la adormidera, "*Papaver somniferum*", es una planta que recibe el nombre de amapola, llega a crecer metro y medio y presenta flores blancas, violetas o fucsia.

No todos los opiáceos son de origen natural. Muchos de ellos son productos químicos sintéticos (metadona, Buprenorfina, fentanilo, codeína y otros) que se utilizan en la medicina.

Componentes

Morfina

La morfina es un alcaloide fenantreno del opio, siendo preparado el sulfato por neutralización con ácido sulfúrico. Es una sustancia controlada, opioide agonista utilizada en premedicación, anestesia, analgesia, tratamiento del dolor asociado a la isquemia miocárdica y para la disnea asociada al fracaso ventricular izquierdo agudo y edema pulmonar. Es un polvo blanco, cristalino, inodoro y soluble en agua.

Heroína

La heroína es un derivado de la morfina, una droga semisintética, originada a partir de la adormidera, de la que se extrae el opio. El componente activo responsable de los efectos de esta droga es la diacetylmorfina (3,6 - diacetil).

En la actualidad, la mayoría de los individuos adictos a los opiodes consumen heroína, la cual está relacionada con un efecto narcótico pronunciado, se caracteriza por producir dependencia psicológica y física intensa a un ritmo muy acelerado siendo considerada actualmente una de las drogas más adictivas.

Mecanismo de acción

Los metabolitos de la heroína actúan sobre receptores μ en neuronas GABA para desinhibir los disparos de neuronas dopaminérgicas en AVT, esto resulta en aumento de liberación de dopamina .

Clasificación

Se encuentra agrupado en el rubro de depresores del sistema nervioso y en el grupo IV de la Ley General de Salud

Efectos agudos y crónicos en el consumo

Apatía y sedación	Desinhibición
Lentitud psicomotora	Deterioro de la atención
Alteración del juicio	Funcionamiento personal alterado
Coexisten: hipotensión, hipotermia y depresión de reflejos osteotendinosos.	Deseo imperioso de opiáceos
Rinorrea, estornudos y lagrimeo	Calambres y dolores musculares
Nausea o vomito, y diarrea	Dilatación pupilar
Piloerección	Taquicardia e hipertensión
Bostezos, sueño no reparador	

II. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y CONTEXTO INTERNACIONAL

En Asia y África se registraron aumentos en el consumo desde el 2009.

El consumo de opiáceos (heroína y opio) permanece estable 16,5 millones de personas es decir, el 0.4 % de la población entre 15 y 64 años.

En contraste se informa de una elevada prevalencia del consumo en el Asia Sur Occidental y Central, Europa Oriental y Sur Oriental y América del Norte.

En Europa hay indicios que el consumo de heroína disminuye aunque en algunas partes de este continente se informa del uso de opioides de venta con receta para fines no médicos.

Afganistán sigue siendo el principal productor y cultivador de opio a nivel mundial y México sigue siendo el principal productor en América.

III. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y CONTEXTO NACIONAL

Se presentan los resultados de la ENA 2008 ya que la ENA 2011 lo reporta como “estable”.

La incidencia acumulada del consumo de heroína, en la población de 12 a 65 años a nivel nacional, es de 0.1% (106,939).

La tendencia de consumo de heroína, en los últimos 6 años, no ha presentado un incremento importante, en relación con el crecimiento acelerado de otras drogas como el crack y las metanfetaminas.

La incidencia de consumo de heroína en hombre de 12 a 65 años es del 0.3%, mientras que en mujeres corresponde a menores del 0.1%

La edad de consumo que presenta mayor incidencia, en ambos sexos, es de los 26 a los 34 años de edad, con un porcentaje del 0.3.

El inicio del consumo se presenta con mayor frecuencia entre los 18 y los 25 años (45.7%).

IV. ACCIONES EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA

Prevención

Campañas informativas con el propósito de concientizar del daño que causa esta sustancia.

Programas enfocados a la reducción del daño

- Programas de desintoxicación:

- Manejo adecuado del síndrome de abstinencia.
- Intercambio de jeringas cuyo objetivo es evitar el contagio de otros padecimientos como el VIH, tuberculosis, hepatitis, etc.

Acciones terapéuticas

El tratamiento farmacológico de la adicción a opiáceos puede realizarse bajo tres enfoques diferentes:

Tratamientos sustitutivos con agonistas opiáceos: fundamentalmente metadona.	Tratamientos con antagonistas opiáceos: fundamentalmente naltrexona.
Tratamientos con agonistas parciales: fundamentalmente buprenorfina.	Se evita el abuso de opiáceos ilegales por vía endovenosa.
Disminuye la incidencia de infecciones asociadas (hepatitis B o C, VIH, SIDA).	Mejora la calidad de vida de los pacientes
Se favorece la reinserción social y familiar	Se controlan la apetencia por la heroína y los síndromes de abstinencia
Se estabiliza el cuadro adictivo	

Todas estas opciones deben de ser parte de un tratamiento integral que incluya también el tratamiento psicológico tanto para el paciente como para su familia y

que tienda a reinserción social del paciente desde las primeras fases del tratamiento.

TRATAMIENTO INTEGRAL PARA LA ADICCIÓN A OPIÁCEOS

Medicamentos
Terapia Psicológica (cognitivo-conductual)
Terapia Familiar

Con el programa de mantenimiento:

Se evita el abuso de opiáceos ilegales por vía endovenosa.	Disminuye la incidencia de infecciones asociadas (hepatitis B o C, VIH, SIDA).
Mejora la calidad de vida de los pacientes	Se favorece la reinserción social y familiar
Se controlan la apetencia por la heroína y los síndromes de abstinencia	Se estabiliza el cuadro adictivo

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Nacional
contra las Adicciones