

La salud cuando se vive en la calle



La salud cuando se vive en la calle

Advertencias: este libro no es una obra de divulgación ni su contenido es apto ni aconsejable para la información sanitaria del público en general. Es un manual exclusivamente dirigido a profesionales que han de atender a población socialmente deprimida.

Algunos temas vinculados a legislación o innovaciones científicas están sujetos a frecuentes cambios, por lo que se recomienda revisar su vigencia antes de tomar decisiones de índole práctico.

Low Threshold Journal.
Ex AEquo. Barcelona

1ª Edición 2024
Última revisión octubre 2024.

Licencia de uso. Sujeto a una licència
Reconeixement-CompartirIgual 4.0 Internacional de
Creative Commons

INTRODUCCIÓN

Estos textos provienen de la necesidad de recopilar anterior información existente al servicio de los equipos y profesionales que atienden a personas que viven en la calle.

Surgió esta necesidad del Symposium de 17 de febrero de 2022 “Cures sanitàries i socials de les persones sense llar, *La salut quan es viu al carrer.*”¹
². Como en similares textos o manuales, la vocación es transversal: aportar información importante a los profesionales en sus áreas de no competencia.

La voluntad es de continua actualización, sometidos los textos a sucesivas revisiones.

Bienvenidas enmiendas, correcciones, propuestas.

Jordi Delás

jdela@ub.edu

AUTORES

Margarita Aguas. Farmacéutica Hospitalaria. Hospital Universitari del Sagrat Cor.

Jordi Delás. Médico internista del Hospital Universitari Sagrat Cor. Profesor de Medicina de la Universidad de Barcelona. Miembro de Ex Aequo. Editor de la publicación.

Mar Fernández, abogada

Anna Ganelina, médico. Hospital Universitari Sagrat Cor.

Marta García, educadora social

Rosa García Penche, enfermera enfermedades infecciosas. Hospital Universitari Sagrat Cor

Gemma Martín, dermatóloga. Hospital del Mar, Servei de Dermatologia.

Sofía Alejanda Moreira Lino. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona

María José Sánchez, biblioteca Hospital Universitari Sagrat Cor. Editora de la publicación.

Toni Rivas, médico especialista en medicina familiar y comunitaria.

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Sònia Poch

Sumario

Atención integrada y de calidad.....	20
Asistencia sanitaria	20
Tarjeta Sanitaria Individual	20
Exámenes de salud.....	22
Historial sanitario.....	22
ANÁLISIS DE LABORATORIO Y OTRAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS RECOMENDADAS	23
Pruebas de contacto previo con tuberculosis	24
Prueba de la tuberculina, Mantoux o PPD	26
El QuantiFERON-TB Gold In-Tube® (QTF-GIT)	28
Radiografías de tórax. Interpretación dirigida a considerar la existencia de tuberculosis pulmonar	29
Frotis y cultivo de esputo	30
Análisis de sangre	31
Hemograma.	31
Serie roja	31

Serie blanca o leucocitos	33
Plaquetas o trombocitos.....	34
Transaminasas. AST (o GOT), ALT (o GPT)...	35
GammaGT	35
Bilirrubina	36
Virus	37
HEPATITIS POR VIRUS	37
Antígenos y anticuerpos	38
Anticuerpos IgM e IgG.....	39
Carga viral.....	39
Hepatitis A.....	39
Hepatitis B.....	40
Hepatitis delta.....	43
Hepatitis C.....	44
VIH	52
AgVIH.....	55
AcVIH.....	56
Importantes modificaciones en el tratamiento de la infección por VIH	58

Linfocitos CD4 o T4 y tratamientos preventivos.	58
Carga viral de VIH o cantidad de virus por mililitro(mL).....	59
Epidemiología y prevención del VIH	60
Guías de tratamiento	61
Inicio del tratamiento frente al VIH	62
Tratamiento inicial del VIH.....	63
Seguimiento y controles en el curso del tratamiento a personas con VIH.....	64
Responsabilidades de los profesionales que atienden a infectados por el VIH.....	68
Condiciones incluidas en la definición de caso sida.....	70
GUÍA DE ACTUACIÓN TRAS UN PINCHAZO ACCIDENTAL.....	71
Precauciones generales.....	72
Medidas preventivas: Vacunación VHA, VHB y tétanos.	72
Hepatitis B.....	73
VIH	74

EXPOSICIÓN ACCIDENTAL PROFESIONAL A SANGRE INFECTADA POR VIH.....	74
Tratamiento postexposición no ocupacional al VIH recomendado	77
SEROLOGIA LUÉTICA. SÍFILIS	80
La prueba VDRL o RPR	82
Anticuerpos antitreponema.....	82
Sífilis primaria	89
Sífilis secundaria.....	89
Sífilis latente.....	91
Sífilis terciaria.....	91
Sífilis cuaternaria	91
Diagnóstico de la sífilis	91
Tratamiento de la sífilis.....	92
Diagnóstico de la neurosífilis	94
URETRITIS.....	94
LESIONES CUTÁNEAS.....	96
Sarna (o escabiosis).....	96
Sarna noruega	98

Sarna infantil	99
Tratamiento de la sarna	99
Piojos de la cabeza (Pediculosis capitis)	100
Piojos del cuerpo.....	102
Picaduras de insectos.....	104
Lesiones en genitales.....	105
Herpes genital.....	105
Candidiasis vaginal/Balanitis candidiásica	110
Verrugas (Condilomas acuminados)	112
Heridas/Quemaduras	115
Celulitis	117
VACUNACIONES	118
Vacuna antitetánica	120
Vacuna antigripal	121
Vacuna antineumocócica	121
Vacuna antihepatitis A	122
Vacuna antihepatitis B	122
Vacuna hepatitis A y B combinada	125
Embarazo.....	126

Test de embarazo en orina (monoclonal Beta-HCG).....	126
Test de embarazo en orina (monoclonal Beta-HCG) Anticoncepción de emergencia	127
1- Levonorgestrel (LNG).....	127
Interrupción voluntaria del embarazo	130
RELACIONES SEXUALES	132
PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE SEXO MÁS SEGURO, CON DISTRIBUCIÓN DE PRESERVATIVO, Y LUBRICANTES.....	132
Recomendaciones en el uso del preservativo o condón. Masculino y femenino.....	133
Lubricantes	135
Información sobre prácticas sexuales.....	135
CHEMSEX.....	138
PROSTITUCIÓN.....	138
Atención al consumo de drogas	143
CONSUMO DE SUSTANCIAS NO PRESCRITAS	146
Situación legal del consumo de drogas.....	147
Movimiento de asociaciones de usuarios	147

Consumidores de drogas en situación socialmente deprimida.....	147
Vías de administración	148
Consumo de sustancias no prescritas	149
ALCOHOL	150
Self suply, suministro seguro.....	154
ANFETAMINAS.....	155
ANFETAMINAS. Sustancias relacionadas	158
Síndrome de abstinencia de opiáceos	160
OPIÁCEOS (derivados de planta), Opioides (sintéticos)	160
Codeína	161
Tramadol	161
Hidrocodona	162
Hidromorfona	162
Tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos.....	162
METADONA	163
METADONA INYECTADA	165
BUPRENORFINA	166

Suboxone. Buprenorfina/Naloxona.....	166
Buvidal. Buprenorfina subcutánea de liberación prolongada.....	167
Morfina	167
HEROÍNA	168
Heroína marrón.....	168
Paso de la heroína marrón a la heroína blanca	169
Fumar heroína. Hacerse un chino. Fumar en plata, cazar el dragón.....	169
Heroína blanca.....	170
Enfermedades asociadas al consumo de heroína	171
Programas de mantenimiento con heroína.....	172
Oxicodona	172
Fentanilo.....	173
INTOXICACIONES POR OPIÁCEOS	174
Naloxona	174
Tratamiento de la intoxicación con naloxona .	175
Naltrexona	176
BENZODIACEPINAS.....	176

SUBSTANCIAS RECOMPENSA.....	180
Agitación Psicomotriz	181
FARMACOS Z.....	183
DISOLVENTES VOLÁTILES	183
COCAÍNA.....	184
Mecanismos de acción	187
Formas de presentación.....	190
Hojas de coca.....	191
Pasta de coca.....	192
Polvo de cocaína (sal: clorhidrato de cocaína)	193
Consumo fumado de la cocaína: cocaína base.	194
Base.....	195
Crack.....	195
Disolvente.....	195
Amoníaco	195
Bicarbonato	195
Crack.....	195
Speed-ball.....	197

Complicaciones locales del consumo de la cocaína	198
Síndrome posconsumo inmediato al consumo intravenoso de cocaína	198
Consumo combinado de cocaína y alcohol.....	204
KETAMINA.....	205
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CONSUMIDORES DE DROGAS.....	206
La educación en el plano colectivo	207
Factores que influyen en las prácticas de consumo	208
RECOMENDACIONES PARA EL CONSUMO DE DROGAS CON MENOR RIESGO	210
Estar bien/estar mal. Tolerancia.....	210
Buscarse la vida.	211
Pillar.....	212
Material para la inyección	212
La inyección. Chutarse. Recomendaciones para evitar complicaciones durante la inyección	215
Recomendaciones para la asistencia de usuarios de drogas en situación socialmente deprimida	218

REDUCCIÓN DE DAÑOS.....	221
EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS.....	222
FUTURO DE LA DISMINUCIÓN DE RIESGOS EN EL SUR DE EUROPA	224
ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES.....	227
PROGRAMAS OUTREACH O DE ACERCAMIENTO.....	228
ANÁLISIS IN SITU DE DROGAS DE SÍNTESIS.....	229
PROGRAMAS CON OPIÁCEOS Y DERIVADOS: BUPRENORFINA, METADONA (DE BAJO Y ALTO UMBRAL), LEVO-ALFA-ACETILMETADOL (LAAM), HEROÍNA.....	229
PROGRAMAS DE ENTREGA Y RECUPERACIÓN DE JERINGAS.	231
SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO	232
Equipo.....	234
Formación previa.	235
Espacio.....	235

Zona de reposo post-consumo.	236
Material	236
Normas de consenso del equipo.....	237
Seguridad.....	237
Mayor número de salas	237
Contar con el vecindario.....	237
Documentos.....	238
Consentimiento informado	238
Hoja de registro de actividad	240
Hoja de registro de la sala de venopunción	241
Hoja de reacciones adversas	242
ESPACIOS PARA MUJERES	243
REACCIÓN AGUDA AL CONSUMO DE DROGAS	243
Síndrome de la sobredosis por opiáceos. Diagnóstico.....	244
Plan de actuación frente a una situación de sobredosis por opiáceos.....	246
Programas de adiestramiento a usuarios para la asistencia a sobredosis.....	250

Utilización de la naloxona por parte de los usuarios.	251
Talleres para prevenir muertes por depresión del centro respiratorio en consumidores de heroína intravenosa	254
NECESIDADES BÁSICAS	257
Alimentación.	258
ALOJAMIENTO	264
DOCUMENTACIÓN	269
EMPADRONAMIENTO	270
PRESTACIONES ECONOMICAS	271
Pensión de invalidez no contributiva (PNC)... ..	271
Pensión de invalidez contributiva	273
Renta Mínima de Inserción (RMI) o Programa interdepartamental de Renta Mínima de Inserción (PIRMI).....	274
Subsidio para liberados de prisión	276
Ayudas económicas.....	277
INSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL.....	279
RELACIÓN CON LA FAMILIA Y AMIGOS	281

CORRESPONDENCIA	281
ASESORAMIENTO LEGAL.....	284
MEDIDAS HIGIÉNICAS	286
INMIGRACIÓN EN ZONAS URBANAS DEPRIMIDAS.....	292
SITUACIONES, SUPUESTOS Y SOLICI- TUDES:.....	295
DERECHOS DE LOS INMIGRANTES REGULARES E INMIGRANTES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRRE- GULAR.....	303
EFFECTOS DE LA LEGISLACIÓN.....	311
10. AUDITORÍA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS	313
DICCIONARIO DE UTILIDAD EN LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA EN ZONAS URBANAS DEPRIMIDAS	318
INDICE POR PALABRAS	318
2.....	318
3.....	318
A.....	318

B	325
C	327
CH.....	340
D	340
E.....	343
F.....	346
G	348
H	349
I.....	350
J	356
K.....	357
L.....	358
M.....	359
N	361
O	364
P.....	365
R	371
T.....	377
U	381

V	381
Z.....	383

Atención integrada y de calidad

Las personas en situación socialmente deprimida precisan una atención normalizada de calidad, que abarque campos sanitarios y sociales.

En personas que no frecuentan los sistemas asistenciales normalizados, hay que optimizar el contacto y simplificarlo. Si la demanda es social, hay que promover la atención sanitaria, y al revés, con lo cual el equipo ha de ser multidisciplinar y conocedor de las diferentes tareas a realizar.

Asistencia sanitaria

Desde 1985, toda persona residente en España tiene derecho a la asistencia sanitaria gratuita, independientemente de su situación administrativa o laboral.

Tarjeta Sanitaria Individual

La tarjeta sanitaria incluye un código de identificación personal (CIP) que permite el acceso a

la sanidad pública y, por añadidura, a la historia clínica oficial y la prestación por medicamentos. Es diferente para cada autonomía.³

Oficialmente, para acceder a la tarjeta sanitaria individual (TSI), es necesario contar con la hoja de empadronamiento y la fotocopia del documento nacional de identidad (DNI) o pasaporte.

En el Centro o Área Básica de Salud (ABS), si falta el empadronamiento puede ser asignado un código con escaso valor ya que no permite las anteriores prestaciones comentadas.

Hay excepciones que permiten el acceso inmediato a la tarjeta sanitaria, generalmente vinculadas a circunstancias de urgencia sanitaria: enfermedades infecciosas, existencia de dependencia a sustancias no prescritas. Recientemente diversos grupos están reivindicando que se extienda esta posibilidad a las personas que viven en la calle. Ojalá que en sucesivas ediciones de este documento ya sea una realidad.

El código de la tarjeta sanitaria no se pierde aunque se extravíe la tarjeta física. Es posible recuperarlo y el código en papel tiene el mismo valor que la tarjeta de plástico.

Exámenes de salud

Para mantener el estado de salud es conveniente conocer a la persona a partir de su historial sanitario, un examen físico y unas pruebas de laboratorio.

Historial sanitario

Se ha de garantizar obviamente la confidencialidad y no incluir la información que la persona atendida no quiera dar. Siempre que sea posible, figurará en la historia el nombre real. También es recomendable que desde el primer momento se recoja el historial en formato informatizado. Favorece enormemente el seguimiento.

El formato ideal es la Historia Clínica Compartida o denominaciones equivalentes en diferentes Comunidades, cuya confidencialidad queda garantizada de forma oficial. Permite consultar por los distintos niveles asistenciales, motivos de consulta, comentarios, antecedentes, vacunaciones, tratamientos en curos, exploraciones realizadas o programadas. Es un recurso excelente para evitar exploraciones duplicadas y una acción conjunta de profesionales. Es conveniente favorecer el acceso a la historia clínica de los equipos asistenciales de primera línea, por encima de trabas administrativas. Desconocer relevantes cuestiones de salud puede

complicar mucho la asistencia y es una responsabilidad de las administraciones garantizar el buen uso de la información, pero también facilitar el acceso de los equipos de trabajo y no convertir este acceso en una carrera de obstáculos, sin acompañamiento.

ANÁLISIS DE LABORATORIO Y OTRAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS RECOMENDADAS

La posibilidad de realizar gratuitamente análisis favorece el contacto. Es conveniente poder hacerlos, independientemente de la cobertura asistencial que tenga o no la persona y en el curso de la misma visita, sin tener que convocarla a otro lugar, en otro momento. Es recomendable organizarse para poder realizar algunos análisis de sangre, examen de orina con tiras reactivas, test de embarazo en orina, reacción cutánea a la tuberculina, recoger muestras de esputo y poder acceder a radiografías de tórax.

Como la mayoría de las veces no se podrán realizar los análisis en ayunas, no es efectivo determinar elementos que se modifican con las comidas, como glucemia y colesterol en sangre. Algunas determinaciones como el hemograma se alteran con el paso del tiempo, por lo que es conveniente llevar

La salud cuando se vive en la calle

las muestras al laboratorio antes de que pasen 12 horas.

Pruebas de contacto previo con tuberculosis

Hay pruebas que informan del contacto previo con el bacilo de tuberculosis. Sin embargo, solo reflejan una sensibilización frente a *Mycobacterium tuberculosis*, sin poder diferenciar entre infección y enfermedad activa.

Desde el punto de vista de la salud pública existe interés en detectar las personas que tan estado sensibilizadas por tuberculosis para intentar detectar entre estas personas las que realmente tienen enfermedad activa y las personas que pueden transmitir la enfermedad.

Es por esto que se propone realizar estas pruebas en ámbitos a los que acuden gran número de personas. En diferentes municipios la realización y evaluación de estas pruebas es un requisito para el acceso a comedores públicos.

Se considera que existe enfermedad por

- observación directa con el microscopio del *Mycobacterium tuberculosis* en pruebas de bacteriología (frotis con presencia de bacilos ácido alcohol resistentes)
- cultivos en el medio de Löwenstein-Jensen, que tiene el inconveniente de que es un método lento⁴
- la biología molecular permite identificar secuencias de ácido desoxirribonucleico (ADN) y de ácido ribonucleico (ARN) específicas de las distintas especies de micobacterias⁵. Por tanto, permite identificar partes características del bacilo de tuberculosis.

Uno de estos métodos es el GeneXpert MTB/RIF que permite un diagnóstico bacteriológico rápido. Ofrece la posibilidad de informar en menos de dos horas, de la existencia de tuberculosis y si esas formas o cepas de tuberculosis son resistentes a la rifampicina, uno de los medicamentos habitualmente utilizados en el tratamiento de la tuberculosis⁶

Prueba de la tuberculina, Mantoux o PPD

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y contagiosa, producida por el bacilo de Koch. Aunque la localización más conocida es la pulmonar, la tuberculosis puede afectar a todo el organismo. Se habla, por tanto, de tuberculosis hepática, ganglionar, ósea, intestinal, ginecológica y meningitis tuberculosa.

La afección pulmonar es la más frecuente y prácticamente la única que es contagiosa. La transmisión es a partir de las gotas que se expulsan al hablar, estornudar o toser.

El contacto con el bacilo de la tuberculosis deja un recuerdo inmunológico. De manera que ante un nuevo contacto hay una especial respuesta del organismo si ya ha estado en contacto previamente con el bacilo de la tuberculosis.

Esta característica ha sido aprovechada para diseñar una prueba para intentar distinguir qué personas han estado o no en contacto con el agente de la tuberculosis que se conoce habitualmente como PPD, Mantoux o tuberculina, que es conveniente que se realice en los centros de primera línea.

Se basa en inyectar en la piel un desencadenante que permita observar a través de la reacción local que esa persona ha estado en contacto con el bacilo

de la tuberculosis. Para la prueba de la tuberculina se administran 2 UT de tuberculina PPD RT23 (Celltech Pharma S.A, España) por vía intradérmica y se realiza la valoración de la prueba a las 72 horas.

Se considera que es positiva, por tanto que la persona ha estado en contacto con alguien afecto de tuberculosis, si en el punto de administración de tuberculina aparece una zona dura –no simplemente roja- que mide por lo menos 10 mm de diámetro⁷ o por encima de 14 mm en personas que han sido vacunadas previamente.

En las personas con prueba de tuberculina positiva hay que asegurarse que además del contacto no haya enfermedad activa. Para ello se ha de realizar una radiografía de tórax y, si la persona tiene expectoración, recoger un esputo para su análisis en un laboratorio.

Hay pruebas falsamente negativas –es decir, existencia de contacto previo sin que aparezca zona dura de 10 mm de diámetro- en personas de edad avanzada, de bajo peso, inmunodeprimidas y durante el embarazo.

Hay otras pruebas en sangre para detectar el contagio previo con tuberculosis.

El QuantiFERON-TB Gold In-Tube® (QTF-GIT)

Mide la producción de interferón gamma por los linfocitos T estimulados por un cóctel peptídico formado por antígenos específicos de *Mycobacterium tuberculosis*: ESAT-6 (*early secreted antigenic target 6*) y CFP-10 (*culture filtrate protein 10*) y el TB 7.7, codificados en la región RD1 del genoma de *Mycobacterium tuberculosis* y no de otras MNT, lo que confiere a la prueba una mayor especificidad y no se ve influido por la vacunación con BCG. El QTF-GIT es un test basado en *enzyme-linked immunoabsorbent assay* (ELISA), de sangre total, que mide el resultado en unidades internacionales (UI) de interferón-gamma por mililitro.

El T-SPOT.TB assay® (Oxford Immunotec, Abingdon, United Kingdom) está basado en *enzyme-linked immunospot* (ELISPOT), emplea células mononucleares de sangre periférica separadas, y mide el número de células productoras de IFN-gamma⁸

Sin embargo, ambos métodos constituyen aproximaciones indirectas e imperfectas al diagnóstico de la ITL, para la que no existe un *gold*

standard^(2,3), y sólo reflejan una sensibilización frente a *Mycobacterium tuberculosis*, sin poder diferenciar entre infección y enfermedad activa.

Radiografías de tórax. Interpretación dirigida a considerar la existencia de tuberculosis pulmonar

Se ha de estar en condiciones de poder conseguir una radiografía de tórax de frente y perfil ante una prueba de reacción cutánea al PPD positiva, sospecha de neumonía, presencia prolongada de tos y expectoración.

En adultos, la sospecha de tuberculosis hay que concentrarla en las zonas más aireadas, es decir, los vértices o tercios superiores pulmonares. Han de buscarse las cavernas tuberculosas, que se sospechan como zonas de disminuida densidad rodeadas por zonas que las encierran, de mayor densidad, que traducen fibrosis. Puede haber también líneas desde el hilio hacia el vértice que traducen la inflamación que produce la tuberculosis.

En casos de diseminación tuberculosa, puede haber múltiples nódulos de pequeño tamaño, puntiforme, en ambos pulmones. Es lo que se conoce como tuberculosis miliar.

En pacientes con anticuerpos VIH+, no siempre aparecen las clásicas imágenes de tuberculosis. El diagnóstico es más difícil y hay que recurrir al frotis de esputo, fibrobroncoscopia y cultivo de Lowenstein (tarda 4 semanas).

Frotis y cultivo de esputo

En servicios en los que puede resultar difícil acudir a un centro para la detección de la tuberculosis puede ser interesante organizarse para recoger muestras de esputo y enviarlas al laboratorio. Hay que tener presente y explicarlo así a la persona atendida: un resultado negativo no descarta la presencia de infecciones y concretamente la tuberculosis.

Aunque ampliamente se ha recomendado la recogida de tres muestras de esputo, dos muestras resultan una medida adecuada para establecer el diagnóstico, mientras que la tercera añade un pequeño adicional valor al diagnóstico.⁹

El examen directo o frotis de esputo va dirigido fundamentalmente a detectar la presencia de bacilos ácido alcohol resistentes, la prueba de auramina positiva, características del bacilo de la tuberculosis.

Estas observaciones se hacen directamente, mientras que una segunda posibilidad es observar la respuesta del material del esputo en medio de cultivo. El más

habitual es el medio de Lowenstein, que es, sin embargo, muy lento, ya que los resultados definitivos se obtienen a las 4 semanas.

En la actualidad, existen medios de cultivo que permiten acceder a los resultados al cabo de menos tiempo.

Análisis de sangre

Se recomienda estar en disposición de poder realizar e interpretar hemograma, transaminasas (AST o GOT y ALT o GPT), gammaGT, prevacunación de hepatitis A y B, anticuerpos frente hepatitis C, serología luética, anticuerpos frente a VIH. En caso de anticuerpos positivos frente al VIH, es de interés la comprobación por un segundo análisis ELISA o western-blod y la cuantificación de los CD4.

Hemograma.

Comprende la serie roja (o glóbulos rojos, hematíes o eritrocitos), la serie blanca o leucocitos y las plaquetas.

Serie roja

Comprenden el número de glóbulos rojos o hematíes, hematocrito y hemoglobina.

El valor más importante es la **hemoglobina**. Si está disminuida podemos hablar de anemia. Si hay anemia hay que observar el tamaño de los hematíes. **Si el volumen corpuscular medio (VCM) está muy elevado** (anemia megalobástica) hay que asegurarse de que no existe déficit de vitamina B12 o ácido fólico. Otras causas de anemia de no tan aumentado tamaño (anemia macrocítica) son las enfermedades hepáticas y el consumo habitual de alcohol.

Si el volumen corpuscular es normal (anemia normocítica) hay que comprobar si la médula ósea compensa la anemia. Para ello se determina el número de elementos jóvenes o reticulocitos. Si los reticulocitos están elevados traduce una compensación por parte de la médula ósea. Se trata de una anemia regenerativa, una compensación por parte del organismo de la anemia. Es habitual en hemorragias y en la destrucción de los hematíes o hemólisis.

Si en una anemia no hay aumento de los reticulocitos se trata de una anemia no regenerativa. Hay que asegurarse que la causa no sea un mal funcionamiento de la médula ósea y a menudo se realiza una punción de la médula ósea o una biopsia ósea.

Si el volumen corpuscular está disminuido (anemia microcítica) hay que solicitar la determinación de hierro y ferritina. La disminución de ambas pruebas es muy sugestiva de Anemia ferropénica o por falta de hierro. En la mujer con menstruación una causa frecuente es el aumento de la cantidad de sangre durante la regla o su mayor duración. Otra causa importante son las pérdidas crónicas por el aparato digestivo que lleva a menudo a realizar una observación con fibrogastrocopia (endoscopia alta) o Análisis de sangre.

Se recomienda estar en disposición de poder realizar e interpretar hemograma, transaminasas (AST o GOT y ALT o GPT), gammaGT, prevacunación de hepatitis A y B, anticuerpos frente hepatitis C, serología luética, anticuerpos frente a VIH. En caso de anticuerpos positivos frente al VIH, es de interés la comprobación por un segundo análisis ELISA o western-blod y la cuantificación de los CD4.

Serie blanca o leucocitos

La **elevación de los leucocitos** se denomina leucocitosis y traduce habitualmente infecciones o también procesos inflamatorios no infecciosos. Se elevan asimismo en fumadores, durante el tratamiento con corticoides y en enfermedades de la sangre.

En la fase aguda de infecciones bacterianas se elevan los leucocitos neutrófilos o segmentados. Si la infección es vírica, pueden aumentarse los leucocitos linfocitos.

En caso de procesos alérgicos, parásitos, se elevan los eosinófilos.

La **disminución de los leucocitos** se denomina leucopenia. Aparece en situación de inmunodeficiencia (por ejemplo en la infección por VIH) y en enfermedades de la sangre. En la infección por VIH es muy habitual la disminución de los linfocitos y un componente de éstos los linfocitos CD4 o linfocitos T4.

Plaquetas o trombocitos

La elevación o trombocitosis se da habitualmente en procesos inflamatorios y más raramente en enfermedades de la sangre.

La disminución o plaquetopenia o trombopenia se da en enfermedades hepáticas, durante el consumo de determinados medicamentos, enfermedades generales del organismo y enfermedades de la sangre.

Transaminasas. AST (o GOT), ALT (o GPT)

Hay dos tipos de transaminasas. AST (que también se denomina GOT) y ALT (que también se denomina GPT). Son elementos que se hallan en el interior de algunas células, entre ellas las células hepáticas. Cuando hay alguna alteración de las células, las transaminasas pasan a la sangre y se detectan valores por encima de los normales.

Las transaminasas se hallan elevadas en los procesos de destrucción o alteración de las células hepáticas como las hepatitis A, B, C, hepatitis por otros virus diferentes como citomegalovirus, mononucleosis y por consumo de sustancias tóxicas, como por ejemplo alcohol o de algunos medicamentos.

En el curso de la fase aguda de las hepatitis las transaminasas pueden estar muy elevadas y en fases crónicas no tanto.

GammaGT

Es un análisis que traduce muy precoz o inicial de alteración hepática. Suele expresar la alteración en el sistema de eliminación de las secreciones biliares (también llamado colostasis) y los efectos de medicamentos (antiinflamatorios, anticonvulsivantes) y alcohol.

Bilirrubina

Es un pigmento o colorante que da el color habitual a las heces.

Resulta de la transformación de la hemoglobina procedente de los glóbulos rojos: bilirrubina indirecta, no conjugada o no esterificada.

En el hígado precisamente tiene lugar la conjugación, esterificación, por lo que tras la acción del hígado, la hemoglobina se denomina directa, conjugada o esterificada.

Del hígado pasa por los conductos biliares al intestino y da el color marrón característico a las heces.

Si hay alguna obstrucción –ya sea dentro o fuera del hígado- la bilirrubina pasa a la sangre y se elimina en menos cantidad por el intestino.

El aumento de la bilirrubina en sangre da coloración amarillenta de la piel –ictericia- y mucosas. Se aprecia bien en la conjuntiva y en la parte alta del paladar. Se elimina por la orina que tiene un color rojo oscuro como el *cognac* (coluria) y las heces son mucho más claras (hipocolia).

Las personas con aumento de bilirrubina o ictericia tienen coloración amarillenta de la piel, de las

conjuntivas, del paladar, orina de color rojo oscuro y heces más claras.

Virus

Los virus sobreviven fuera de nuestro cuerpo gracias a cómo están hechos. Son, más específicamente, **piezas de material genético (ARN o ADN) con un recubrimiento especial de proteínas llamadas cápsides**. Los virus no pueden reproducirse a menos que sean absorbidos por células humanas o animales

HEPATITIS POR VIRUS

Hepatitis significa inflamación del hígado. Hay dos tipos importantes de hepatitis: por infecciones y por medicamentos o sustancias tóxicas.

Casi todas las infecciones importantes pueden dar inflamación del hígado y, por tanto, hepatitis. De entre ellas, las más específicas del hígado son las infecciones por virus, de las que hoy en día se conocen la A, B, C, delta, E, G. La hepatitis B, C y delta se transmiten a través de la sangre y, por tanto, a través de compartir jeringuillas. Pero sólo hay vacunas para la hepatitis A y B.

También pueden producir hepatitis algunos medicamentos como efecto colateral, no deseado, el alcohol y drogas no legales. En la hepatitis por

alcohol muy característicamente se altera mucho la gammaGT, un análisis de laboratorio específico del hígado.

Muy a menudo la hepatitis pasa desapercibida. Cuando se manifiesta, los síntomas más característicos son la coloración amarillenta de la piel, de los ojos -ictericia-, junto a la orina de color más intenso y las deposiciones más blancas.

Otros síntomas son dolor de cabeza, pérdida de apetito, náuseas, dolores abdominales, fiebre, dolores articulares y erupción cutánea.

La hepatitis evoluciona generalmente hacia la curación espontánea, pero queda en el organismo el recuerdo de haber estado en contacto con esta infección.

Antígenos y anticuerpos

El virus o una parte de él actúa como un desencadenante –antígeno- de la respuesta del organismo –anticuerpo-. Los antígenos son siempre elementos del virus, mientras que los anticuerpos son siempre elementos del organismo. Tener anticuerpos significa haber estado en contacto con el virus o una parte de él o una vacuna de él. Estos anticuerpos se pueden detectar a través de análisis de sangre.

Anticuerpos IgM e IgG

Hay dos tipos de anticuerpos: los producidos por inmunoglobulinas denominadas M o IgM, que aparecen en una fase más reciente o aguda de la infección, y los producidos por inmunoglobulinas denominadas G o IgG, que aparecen en una fase posterior y también persisten más tiempo. Por tanto a través de estos anticuerpos se puede saber si la infección es actual o antigua. Estos diferentes tipos de anticuerpos se utilizan en la hepatitis A, B y C.

Carga viral

En lugar de medir la respuesta del individuo frente a la presencia del virus en su organismo, es posible determinar la cantidad de virus (o carga viral) en sangre, a través de calcular el número de copias de ácido ribonucleico (RNA) característico del virus. En la actualidad se puede determinar la carga viral del VIH y de la hepatitis B y C. El resultado se muestra por número de copias por mililitro o en logaritmos.

Hepatitis A

La hepatitis A es una virosis hepática que puede causar morbilidad moderada a grave.¹⁰

El virus de la hepatitis A (VHA) tiene una única cadena de ARN. Es de distribución cosmopolita. Se

transmite principalmente por las heces de una persona infectada, cuando una persona no vacunada come o bebe alguna sustancia contaminada por heces de una persona infectada por ese virus. También por el contacto directo con las heces. Se pueden producir, por tanto, epidemias.

La enfermedad está estrechamente asociada a la eliminación de las aguas residuales y por tanto a las condiciones higiénicas deficientes y la falta de agua salubre.

Las mejoras del saneamiento y la vacuna contra la hepatitis A son las medidas más eficaces para combatir la enfermedad.

El virus tiene predisposición por el hígado. Puede provocar una hepatitis aguda, muy grave, fulminante, pero no suele cronificarse.

Se diagnostica por la presencia en sangre de anticuerpos frente a la hepatitis A, AcHA

Hepatitis B

El virus de la hepatitis B (VHB) tiene ADN bicatenario circular con una región monocatenaria. Descubierto en 1965 por Blumberg¹¹

Se transmite a través de la sangre, por contaminación a través de transfusiones, tatuajes y

compartir jeringas. También en el curso de las relaciones sexuales o bien de madres a hijos durante el parto y, en raras ocasiones, a través de objetos.

Sólo en muy pocos da síntomas claros, como coloración amarillenta de la piel o ictericia. Puee ocasionar insuficiencia hepática aguda. Pero la mayoría de las veces se llega al diagnóstico de haber pasado hepatitis B al realizarse un análisis de sangre.

AcHBc (Ac: anticuerpos, HB: hepatitis B, c: core o núcleo del virus)

La prueba más adecuada para diagnosticar la hepatitis B es determinar la presencia de anticuerpos contra la parte central o núcleo del virus: AcHBc.

Esta prueba se hace positiva muy poco tiempo después de la infección por hepatitis B y perdura mucho tiempo. Por tanto, si este análisis resulta negativo, es poco probable que la persona haya estado en contacto con el virus de la Hepatitis B y es conveniente la vacunación. IgM informa de infección reciente e IgG de infección antigua.

AgHBs (Ag: antígeno, HB: hepatitis B, s: superficie o membrana del virus)

Informa de infección actual, pero no informa de si hay estado de replicación viral. Estado potencialmente infeccioso.

Este análisis es menos duradero. Desaparece con el paso del tiempo y, por tanto, no es el mejor marcador de haber estado en contacto con el virus de la hepatitis. Puede ser falsamente negativo.

AcHBs (Ac: anticuerpo, HB: hepatitis B, s: superficie o membrana del virus)

Como se conoce una vacuna efectiva frente a este virus, el objetivo sanitario fundamental para combatir esta enfermedad es la vacunación.

La vacuna se prepara a partir de la parte de superficie o de membrana del virus. Con lo cual la respuesta del organismo va a ser fabricar anticuerpos contra el estímulo o antígeno que supone la superficie del virus: AcHBs

AgHBe (Ag: antígeno, HB: hepatitis B, e: proteína)
La presencia de este antígeno informa de replicación.

AcHBe (Ac: anticuerpo, HB: hepatitis B, e: proteína)

Su presencia en general es indicativa de baja o nula replicación y, consecuentemente, poca infectividad. Este marcador puede ser positivo, con replicación viral elevada, cuando el enfermo está infectado por una cepa del VHB mutante que no expresa el

HBeAg. Su utilidad actual en el diagnóstico y toma de decisiones terapéuticas es muy baja salvo para identificar la infección por una cepa salvaje, que expresa el HBeAg, o por una cepa mutante, que no lo expresa.¹²

Hepatitis delta

Es un virus que por sí mismo no puede vivir y, por tanto, no tiene capacidad de infectar. Se multiplica aprovechando la existencia del virus de la hepatitis B. Es decir, ha de multiplicarse forzosamente en presencia del virus B. Por tanto, evitar la infección por hepatitis B, evita también la hepatitis delta.

Hepatitis E¹³

La hepatitis E es una dolencia por lo general autolimitada, pero puede convertirse en una hepatitis fulminante (insuficiencia hepática aguda).

Cada año se registran unos 20 millones de casos de infección por el virus de la hepatitis E, más de tres millones de casos agudos por hepatitis E, y 56 600 defunciones relacionadas con esa hepatitis.

El virus de la hepatitis E se transmite por vía fecal-oral, principalmente a través de agua contaminada.

La hepatitis E afecta a todas las zonas del mundo, pero la prevalencia es mayor en Asia oriental y meridional.

China ha producido y autorizado la primera vacuna capaz de prevenir la infección por el virus de la hepatitis E, aunque todavía no está disponible a nivel mundial.

Hepatitis C

Afecta a más de 70 millones de personas, lo que supone el 1% de la población mundial¹⁴

Hasta 1988-89 se planteaba la existencia de una forma de hepatitis distinta de la provocada por los virus A y B, denominada hepatitis **no A no B**.

A partir de **1990** aparecen los primeros análisis con determinación de anticuerpos y en 1995 el virus fue visualizado por microscopía electrónica.

Se detecta por un análisis de sangre que confirma que el organismo ha estado en contacto con el virus de la hepatitis C con la presencia o positividad de anticuerpos frente a la hepatitis C o AcHC. (Ac: anticuerpo HC: hepatitis C).

Se ha podido diferenciar 6 distintos tipos de hepatitis C, 6 genotipos identificados por un número del 1 al 6) y 50 subtipos (denominados con letras

minúsculas). Hay tratamientos **–pangenotípicos–** que tiene acción sobre todos los genotipos.

No existe vacuna frente al virus de la hepatitis C. Es un virus muy resistente, muy contagioso. Mucho más contagioso por sangre que por vía sexual y se cree que hay vías de contagio aún no bien aclaradas.

No deben compartirse cepillos de dientes, maquinillas de afeitar, material de inyección, ni en general objetos que puedan soportar la transmisión de gotas de sangre.

La infección por sí sola no ha de cambiar los hábitos de las parejas estables, si bien hay que mantener las habituales precauciones en relaciones esporádicas.¹⁵

En el curso del consumo intravenoso de drogas se ha de advertir que **la desinfección de las jeringas no es útil** y ha de seguir haciéndose énfasis en no compartir, bajo ningún caso, el material de infección. No solo las agujas.

Tras la infección:

El 15% - 25% de las personas eliminan el virus sin tratamiento. Tienen anticuerpos frente hepatitis C positivos, pero carga viral negativa.

El 75% - 85% puede llegar a la cronificación de la enfermedad.¹⁶ Tienen anticuerpos frente hepatitis C positivos y carga viral también positiva.

Antes del tratamiento hepatitis C¹⁷

Se debe conocer la historia de fracasos a tratamientos antivirales previos y evaluar la existencia de comorbilidades y medicación concomitante

Al inicio del tratamiento hay que disponer de análisis de tipo general, anticuerpos y determinación del número de virus por mililitro o carga viral: copias/mL.

La **carga viral** es una prueba de biología molecular que identifica fragmentos característicos del RNA o ARN viral y puede contarlos por mililitro (carga viral cuantitativa).

Los actuales tratamientos válidos, en general, para todos los tipos de virus hacen que no sea tan necesaria la determinación de tipo de virus (genotipo). Puede servir en casos de **persistencia de virus tras el tratamiento**, para valorar si es el mismo virus que no se ha eliminado o si se trata de una reinfección.

La hepatitis C puede favorecer la aparición de **cáncer de hígado**. Un análisis que se asocia a esta eventualidad es la elevación de la alfafetoproteína.

Conviene contar con pruebas adicionales que informan sobre el estado del hígado: su elasticidad y si hay signos de cronicidad, cirrosis o cáncer de hígado.

Exploraciones frente la Hepatitis C

Análisis de laboratorio de tipo general, incluyendo estudio bioquímico hepático (GOT/AST, GPT/ALT, fosfatasa alcalina, gammaGT

Alfa-fetoproteína, si hay sospecha de cáncer de hígado

AcHC

RNA viral

Genotipo

Fibroscan o Elastografía para evaluación de la fibrosis hepática

Ecografía

Elasticidad o rigidez hepática. Evaluación de la fibrosis hepática

Conocer la elasticidad o rigidez hepática informa sobre la probabilidad de descompensación del hígado con mayor fiabilidad que la biopsia. Se recomienda la evaluación periódica de la rigidez hepática al menos una vez al año, en todos los pacientes coinfectados con hepatitis C por su valor pronóstico y utilidad en la toma de decisiones terapéuticas.

Los resultados se ofrecen en unidades kilopascal. El pascal (símbolo Pa) es la unidad de presión del Sistema Internacional de Unidades, cociente de fuerza y superficie.

1 pascal es la presión que ejerce una fuerza de 1 newton sobre una superficie de 1 metro cuadrado.

La resistencia hepática medida en kilopascales informa sobre la resistencia hepática

Medición de la elasticidad hepática

Resistencia hepática	Escala metavir
< 6 kPa	F0-F1
6,1-9,4 kPa tienen un riesgo muy bajo de descompensación.	La correlación es menos precisa. Puede haber fibrosis significativa (F2)

$\geq 9,5$ - $14,5$ kPa: fibrosis hepática avanzada. ¹⁸	F3
$\geq 14,6$ kPa se han validado como punto de corte diagnóstico de cirrosis en pacientes coinfectados	F4

F0 - Muestra un hígado en perfecto estado, sin ninguna agresión por el virus de la hepatitis C.

F1 - Muestra un hígado con fibrosis mínima.

F2 - Muestra la existencia de fibrosis moderada, dentro de algunas áreas del hígado, pudiendo alcanzar los vasos sanguíneos.

F3 - Muestra una fibrosis avanzada, llamada de fibrosis en puente, que se esparce uniendo todas las áreas con fibrosis.

F4 - Indica la existencia de cirrosis o una fibrosis muy avanzada.

Fibroscan no informa sobre la presencia de tumores, por lo que si hay alguna sospecha hay que realizar una ecografía de hígado o una tomografía computarizada (TAC)

Métodos de diagnóstico en el punto de atención al paciente.

Sistemas de detección de anti-VHC en sangre capilar y/o saliva en aproximadamente 20min.

Sistemas de detección del ARN-VHC in situ, rápidos, individuales, como los sistemas basados en sangre capilar

Test de gota de sangre seca (TGSS): las muestras recogidas en una tarjeta de papel permiten la detección de anticuerpo, carga viral y genotipo

Tratamiento¹⁹

La curación de la infección o respuesta viral sostenida (RVS) es definida como la negativización de la viremia en la semana 12 después del tratamiento. Esta RVS se asocia a una normalización de las pruebas de función hepática y a una mejoría o desaparición de la necroinflamación y la fibrosis hepática en los pacientes sin cirrosis. En los pacientes con cirrosis, la curación se asocia a una disminución, pero no eliminación, del riesgo de complicaciones relacionadas con la hepatopatía crónica.²⁰

Epclusa^r es un medicamento que contiene los 400 mg/100 mg de sofosbuvir y velpatasvir en un solo comprimido. Se recomienda en pacientes no tratados o pretratados, con o sin cirrosis compensada, con una duración de 12 semanas. Tiene una efectividad del orden del 98%²¹

Maviret^r contiene 100 mg de glecaprevir y 40 mg de pibrentasvir. Se recomienda 300 mg/120 mg (tres comprimidos de 100 mg/40 mg) administrados por vía oral una vez al día en una única toma junto con alimentos.²²

Medicamentos habituales frente Hepatitis C

Epclusa	400mgs de sofosbuvir y 100mgs de velpatasvir	1 comp al día durante 12 semanas, con o sin alimentos
Maviret	100 mg de glecaprevir y 40 mg de pibrentasvir.	tres comprimidos de 100 mg/40 mg) administrados una vez al día

		en una única toma con alimentos, 8 semanas
--	--	---

VIH

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha condicionado y sacudido la atención a consumidores de sustancias no prescritas por vía parenteral.

Como reiteradamente se ha reconocido “ya conocíamos la existencia de las drogas, pero el VIH ha imprimido prisas en su atención”.

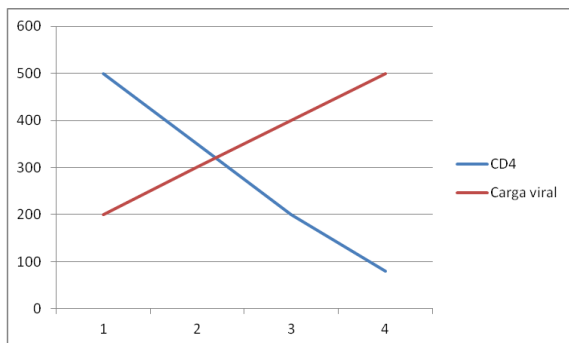
La irrupción del VIH ha provocado los programas de disminución de riesgos, introduciendo conceptos que siguen siendo válidos: “si te metes no te mates”. La prioridad de la atención de la persona consumidora es mantenerla en vida. Aspectos sociales, conductuales son secundarios. Distanciar, expulsar a la persona dificulta realizar el tratamiento que, a diferencia de los profesionales sanitarios, para muchos consumidores no es la prioridad.

El VH tiene predisposición por un tipo de leucocitos, los linfocitos CD4 (T4) encargados de mantener la inmunidad de la persona.

Estos linfocitos CD4 habitualmente por encima de los 500/mL, modificados por la presencia en su interior del virus son irreconocibles por otros elementos del sistema inmunitario como los linfocitos CD8. Es por tanto, que en el curso de la infección por VIH hay tendencia a la disminución de los linfocitos CD4 y aumento de los CD8.

La libre evolución de la infección, sin tratamiento, implica progresiva disminución de los CD4 y aumento progresivo de la cantidad de virus. Como resultado afecta el sistema inmunitario y hace a las personas más vulnerables a ciertas infecciones (neumonía por *Pneumocystis carinii*, tuberculosis, candidas) y formas de cáncer.

Evolución sin tratamiento de la infección por VIH



Carga viral: a multiplicar por 1000.

Una vez que un virus está fuera del cuerpo, su cápside comienza a degradarse, y cuanto más se degrada, menos probabilidades tiene de sobrevivir. Una vez fuera del cuerpo, estas cápsides **se degradan más rápido en ambientes fríos y secos**. También se degradan más rápido en superficies blandas que en superficies duras. Eso es porque necesitan humedad para sobrevivir y las superficies suaves absorben esa humedad²³

El VIH está formado por una cadena de RNA con un envoltorio o cápside. **Puede sobrevivir en una jeringa usada hasta 42 días**^{24 25}

El virus se transmite mediante el contacto directo con la sangre, semen o flujo vaginal de una persona infectada. Las mayores concentraciones de VIH se encuentran en la sangre y el semen y secreciones vaginales. Las relaciones sexuales durante la menstruación implican mayor riesgo.

Las formas habituales de transmisión son transfusiones y derivados de sangre infectada, compartir jeringas y otro material de consumo inyectado, relaciones sexuales. También se puede transmitir de madres a hijos durante el embarazo y el parto.

AgVIH

En los momentos inmediatamente posteriores al contagio se puede detectar la presencia de elementos del virus que actúan como desencadenantes de la respuesta inmunitaria. (Ag antígeno del VIH).

Expresa parte del virus, presencia del virus. Este análisis, antígeno VIH, desaparece rápidamente en sangre, por lo que una persona puede estar infectada y tener el antígeno VIH negativo al cabo de unas semanas de la infección.

AcVIH

Para saber si una persona está infectada por el VIH se puede realizar un análisis específico destinado a detectar la presencia de anticuerpos frente al VIH. Una de las técnicas empleada es Elisa.

Expresa la respuesta del sistema inmunitario humano al contacto con el virus.

Si es positivo y no ha habido contacto con el virus es un falso positivo.

En relación a la trascendencia de la información se realizan comprobaciones con un segundo análisis Elisa o por un análisis mediante el método Western-Blot. A los que, en la actualidad, habitualmente, sigue la detección del ARN o RNA viral y su cuantificación a través de pruebas biomoleculares del tipo de la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR que no hay que confundir con un análisis que utiliza las mismas siglas Proteína C Reactiva, absolutamente diferente).

La técnica PCR para el VIH permite contar el número de elementos de virus que hay por mililitro (mL), que se suele denominar número de copias de virus y de forma más habitual carga viral

Actuación frente a un análisis positivo para VIH²⁶

Ag/Ac VIH+	-2ª determinación Elisa -Western-Blot	Carga viral
Ag/Ac VIH-	Repetir a los tres meses si persisten factores de riesgo	

Si es negativo y persisten las prácticas de riesgo, conviene repetirla cada tres meses.

Existe un llamado “período ventana” de unos tres meses después del contacto o primera infección durante el cual el virus no se detecta en el análisis. Los anticuerpos son negativos y, sin embargo, el virus está presente en el organismo y puede transmitirse a otras personas.

Tests o pruebas rápidos.

Resultan de gran utilidad los llamados tests rápidos que se pueden realizar mediante sangre procedente de un pinchazo habitualmente en un dedo o con saliva y que dan con gran exactitud información sobre infección por VIH, hepatitis C, sífilis entre otras entidades. Son de gran interés por la facilidad

de realizar la prueba y por la rapidez en acceder a la información, alrededor de 10 minutos.

Importantes modificaciones en el tratamiento de la infección por VIH

A partir de 1996 se han producido importante modificaciones en el cuidado de los pacientes infectados por el VIH. Por una parte, se ha generalizado el acceso a la determinación de la cantidad de virus en el organismo o carga viral y, por otra, se han conseguido más potentes combinaciones.

Linfocitos CD4 o T4 y tratamientos preventivos.

Un buen sistema para seguir la evolución de la infección por VIH es a partir de los linfocitos CD4 o T4.

Los **leucocitos** o glóbulos blancos están formados por distintos tipos de células. Uno de ellos son los **linfocitos**, que intervienen en los procesos de defensa del organismo frente a las infecciones. En los análisis los linfocitos se expresan por su número total o linfocitos por mililitro o también por el porcentaje del total de leucocitos.

Los **linfocitos**, a su vez comprenden diferentes tipos de células. Entre ellos los linfocitos CD4 o T4,

frente a los cuales el virus del VIH tiene especial afinidad. El VIH afecta especialmente estas células y una forma de valorar el daño sobre la persona afectada es calcular la cantidad de CD4 en sangre por microlitro.

El organismo sano, generalmente tiene más de 1.000 CD4/mL. Por encima de 500 CD4/mL, pueden aparecer infecciones como tuberculosis, herpes o cáncer del cuello de matriz. Por debajo de 300 CD4/mm³, aparece la neumonía por *Pneumocystis carinii* por debajo de 200, toxoplasmosis cerebral y por debajo de 100 CD4, infecciones por hongos, citomegalovirus y linfomas.

Si los linfocitos CD4 disminuyen de 300-200/mL se recomienda tratamiento preventivo con Septrin Forte, (cotrimoxazol) 1 comprimido 3 días a la semana, habitualmente, lunes, miércoles y viernes, de forma indefinida.

Carga viral de VIH o cantidad de virus por mililitro(mL)

Los análisis de la cantidad de virus o número de copias de ácido ribonucleico característico del virus HIV por mililitro de sangre constituyen una medida directa de la infección por VIH. También puede expresarse en logaritmos.

Ya no se evalúa el daño habido en el organismo, sino que supone una medida directa de la actividad del virus.

Las determinaciones sucesivas de la carga viral permiten valorar la eficacia de los tratamientos. El objetivo es conseguir una cantidad de virus **indetectable** en los análisis (por la prueba de la Reacción en Cadena de la Polimerasa o PCR), que viene a significar la disminución de la cantidad de virus por debajo de las 50 copias/mL, dependiendo de las técnicas de los laboratorios.

Epidemiología y prevención del VIH ²⁷

La evolución de la epidemia del VIH ha ido revelando en nuestro país una progresiva disminución de la transmisión por vía parenteral. Pero que no ha de hacer bajar la guardia en cuanto a recomendaciones, ni en cuanto a la dotación de recursos, sino plantear decididamente que la transmisión del VIH ha de dejar de ser una enfermedad vinculada al consumo de drogas y hay que perseguir el “cero contagios”.

Junto a las medidas de prevención en consumo parenteral (material limpio, no compartir el material) y de relaciones sexuales, un excelente sistema es el tratamiento universal. Perseguir que todas las personas infectadas de VIH tienen una mínima

cantidad de virus (habitualmente por debajo de 50 o 20 copias por mL)

Otra estrategia planteada es el tratamiento preventivo de personas no infectadas que corren el riesgo de tener relaciones sexuales con personas que pueden estar infectadas.

Esta estrategia PrEP, profilaxis pre-exposición para la prevención de la infección por VIH en España comprende tratamiento diario con Truvada^r (Tenofovir + Emtricitabina TDF/FTC) diario por vía oral ha demostrado ser, no sólo muy eficaz en la reducción del riesgo de transmisión del VIH en HSH, mujeres transgénero y en hombres y mujeres cis-género heterosexuales, sino también muy segura en términos de efectos adversos, además de coste-efectiva²⁸

Guías de tratamiento

Las guías son hacen preferentemente referencia a las zonas de referencia.

El departamento de salud de los Estados Unidos habitualmente cada octubre emite una actualización sobre el seguimiento y tratamiento a personas infectadas frente al VIH²⁹.

Las guías europeas (EACS) son amplias porque han de servir de apoyo a países europeos de diferentes características.

Las guías de la OMS tienen tendencia a buscar el tratamiento universal, aplicable independientemente del área geográfica o coste económico. A menudo se trata de una declaración de mínimos³⁰

En España, el Plan Nacional sobre el sida y el grupo de estudio del sida (GESIDA) realizan anualmente, en enero, una puesta al día de las recomendaciones sobre el tratamiento antirretroviral (TAR) para los adultos infectados por el VIH.³¹

Inicio del tratamiento frente al VIH

El tratamiento antirretroviral AR debe iniciarse en todos los pacientes con infección por VIH-1, con o sin sintomatología, y con independencia del número de linfocitos CD4.

El objetivo del tratamiento es lograr una carga viral plasmática indetectable. Es muy importante cumplir estrictamente el tratamiento. El incumplimiento es la causa más importante del fracaso del tratamiento. Con aparición de resistencias del virus a los

medicamentos que se están tomando y resistencia cruzada a otros medicamentos similares.

Tratamiento inicial del VIH³²

Actualmente, las combinaciones de tres fármacos en un solo comprimido constituyen el tratamiento de inicio de elección

Nombre	Composición
Biktarvy	Bictegravir+ Emtricitabina + Tenofovir 1 al día
Triumeq	Abacavir + Lamivudina + Dolutegravir 1 al día

Igualmente valorables los tratamientos con solo dos medicamentos

Nombre	Composición
Juluca	Dolutegravir 50mg + Rilpivirina 25mgs
Dovato	Dolutegravir + Lamivudina

En pacientes con carga viral indetectable en 4 meses previos puede ensayarse tratamiento intramuscular con la siguiente pauta: una dosis de cada medicamento en una nalga el primer mes, el segundo mes y en adelante cada dos meses.

Nombre	Composición
Vocabria	CABOTEGRAVIR se adtra via IM. Dosis 600mg
Rekambys	RILPIVIRINA se adtra via IM. Dosis 900mg.

Seguimiento y controles en el curso del tratamiento a personas con VIH³³

Habitualmente las visitas se realizan cada 6 meses, evaluando hemograma, glucemia y los lípidos plasmáticos (colesterol total, colesterol-HDL, colesterol-LDL y triglicéridos), creatinina (opcionalmente tasa de filtrado glomerular) el número de linfocitos CD4 y la carga viral. El objetivo es tener el máximo número posible de CD4 y la carga viral indetectable, por debajo de los habituales valores de referencia de los laboratorios que están por debajo de las 50 copias.

Se recomienda efectuar un estudio de la función renal en la primera visita con proteinuria y cálculo de la tasa de filtrado glomerular renal (fórmula MDRD, Cockcroft-Gault o CKD-EP I) y una vez al año o cada 6 meses, en función del riesgo para el desarrollo de toxicidad renal y antes de iniciar el tratamiento antiviral.

Si el filtrado glomerular es <50 mL/min o hay proteinuria manifiesta no se deben usar tenofovir ni indinavir y se deben ajustar las dosis o intervalos de los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos, excepto abacavir. No se recomienda usar tenofovir en aquellos pacientes en los que el deterioro de la función renal sea agudo o esté directamente relacionado con este fármaco

Se recomienda calcular el riesgo cardiovascular al menos una vez al año.

En pacientes con riesgo de osteoporosis (mujeres postmenopáusicas, fumadores, bajo peso corporal, mayores de 50 años, déficit de vitamina D, hepatitis C, insuficiencia renal, diabetes, CD4 <250 células/ μ L o toma crónica de esteroides) se aconseja analizar la densidad mineral ósea mediante densitometría al inicio del tratamiento y posteriormente de manera periódica³⁴ Se aconseja realizar balance metabólico incluida 25-OH vitamina

D en pacientes con sospecha de pérdida de masa ósea, osteoporosis y fracturas óseas por fragilidad.

En el caso de diabetes, el objetivo terapéutico es HbA1c <6.5%. Antidiabéticos orales. Metformina, si sobrepeso u obesidad abdominal, o sulfonilureas. Pioglitazona si lipoatrofia Insulina en los pacientes con diabetes de inicio e insulinopenia (cetosis o cetoacidosis), pérdida de peso y cuando no sea posible conseguir el objetivo de HbA1c < 7% con antidiabéticos orales. Debería considerarse la administración de 75-150 mg/día de AAS a todos los pacientes con diabetes³⁵.

En dislipemias, conseguir una cifra de colesterol LDL, según el riesgo. Si enfermedad coronaria o riesgo equivalente, LDL <70 mg/dL; si el riesgo cardiovascular es $\geq 20\%$ (Framingham), LDL <100 mg/dL Si los triglicéridos >500mg/dL, se tratará la hipertrigliceridemia independientemente de la concentración de colesterol-LDL Se deben recomendar en primer lugar, medidas generales: dieta (consulta a experto en nutrición), ejercicio físico, abstinencia de tabaco, y sobre todo valoración individualizada de la retirada de los inhibidores de la proteasas y/o de los análogos de la timidina (D4T). Tratamiento farmacológico (si medidas previas no son eficaces). Estatinas. Utilizar preferentemente atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina o

pitavastatina; precaución por interacciones con inhibidores de las proteasas. Valorar ezetimiba o la combinación ácido nicotínico/laropiprant solas (si no se pueden usar estatinas) o asociadas a estatinas (si no se consiguen los objetivos de tratamiento con estatinas solas). Fibratos si hipertrigliceridemia aislada o junto a elevación moderada de colesterol-LDL. En caso de hipertrigliceridemia intensa y refractaria puede añadirse ácidos grasos omega-3. Precaución con la coadministración de fibratos y estatinas (mayor riesgo de toxicidad muscular)³⁶

En pacientes con carga viral plasmática controlada se observa ocasionalmente brotes transitorios de viremia de bajo nivel (*blips*) que vuelve espontáneamente a ser indetectable sin ningún cambio en el tratamiento. Se plantea que infecciones intercurrentes pueden estimular células reservorio con infección latente (reservorios). La mayoría de estudios no relacionan esta situación con fracaso del tratamiento, aunque un pequeño porcentaje pueden acabar desarrollando la aparición de mutaciones del virus que conducen a resistencia a los antivirales³⁷.

Es preciso descartar múltiples causas secundarias, por ejemplo, hipovitaminosis D, antes de atribuir la disminución de la densidad mineral ósea exclusivamente a TDF.³⁸

Responsabilidades de los profesionales que atienden a infectados por el VIH

Los profesionales sanitarios han de poner a disposición de los usuarios de drogas afectados por el VIH los avances científicos que de los que se beneficia el resto de la población.

A menudo, en los usuarios de drogas en situación marginal, a pesar de que los medicamentos son distribuidos gratuitamente por el Sistema Nacional de Salud, sus especiales características hacen que no accedan efectivamente a estos medicamentos. **La situación es comparable a la de infectados en países subdesarrollados que, por falta de recursos económicos de sus países, no acceden a estos medicamentos extraordinariamente caros.**

Demostradas las ventajas de realizar tratamiento, se hace imprescindible una campaña de información de la población afectada, incidiendo en líderes de opinión, en los mensajes de iguales, que pueden mostrar las ventajas de realizar el tratamiento y la posibilidad de cumplirlo adecuadamente.

Hay que facilitar la determinación de carga viral, en su propio entorno y que los medicamentos sean accesibles, sin trabas administrativas.

Es preciso facilitar los cambios ambientales para posibilitar el tratamiento. La voluntad de realizar un tratamiento antirretroviral debería ser una indicación formal de brindar tratamiento de mantenimiento con metadona, si el paciente así lo desea.

Asimismo, es preciso el apoyo social. Estos medicamentos implican diversas tomas al día, con enorme cantidad de comprimidos. Lo cual es complicado en personas sin domicilio fijo.

Hay que incidir en el cumplimiento del tratamiento con absoluta exactitud, ya que olvidar comprimidos o realizar el tratamiento con una dosis inferior a la necesaria, facilita la aparición de resistencias del virus a los medicamentos.

Por último, hay que seguir insistiendo en la necesidad de realizar tratamientos preventivos. Fundamentalmente el uso de Septrin Forte®, cuando los CD4 están disminuidos.

Condiciones incluidas en la definición de caso sida

- 1) Candidiasis esofágica, traqueal, bronquial o pulmonar.
- 2) Enfermedad por Citomegalovirus de un órgano diferente del hígado, bazo o ganglios linfáticos en un paciente con edad superior a un mes.
- 3) Coccidiomicosis diseminada o extrapulmonar.
- 4) Criptococosis extrapulmonar.
- 5) Criptosporidiasis intestinal crónica (más de un mes).
- 6) Encefalopatía VIH.
- 7) Herpes simple que cause una úlcera mucocutánea que dure más de un mes o una bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración.
- 8) Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
- 9) Isosporiasis intestinal crónica (más de un mes).
- 10) Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- 11) Linfoma cerebral primario.
- 12) Linfoma no Hodgkin de fenotipo B o indeterminado, de células pequeñas no hendidas o inmunoblástico.
- 13) Enfermedad por *Mycobacterium avium*

complex o por M. Kansaii u otras especies, extrapulmonar o diseminada (una localización aparte o además del pulmón, piel o ganglios, linfáticos cervicales o hiliares).

- 14) Neumonía por Pneumocystis carinii.
- 15) Sarcoma de Kaposi.
- 16) Bacteriemia recurrente por Salmonella.
- 17) Síndrome consuntivo (wasting syndrome).
- 18) Toxoplasmosis cerebral.
- 19) Tuberculosis extrapulmonar.
- 20) Carcinoma de cérvix invasivo.
- 21) Neumonía recurrente (2 o más episodios en un año)
- 22) Tuberculosis pulmonar.

GUÍA DE ACTUACIÓN TRAS UN PINCHAZO ACCIDENTAL

En el curso del proceso de inyección es posible que el usuario o quien lo atiende pueda pincharse con material contaminado por otra persona.

Es fundamental evitar esta situación, repasando la secuencia de actuación, las maniobras que se realizan habitualmente, la distribución de los objetos y del espacio para evitar estos accidentes.

Precauciones generales

No encapsuchar las agujas encontradas.

Usar los contenedores. Dejarlos en el suelo, lejos de la persona, antes de introducir las jeringas.

Lavarse las manos después de manipular el material.

Usar barreras protectoras: guantes, pinzas, zapatos o zapatillas cerradas con suela gorda.

No meter la mano en agujeros o lugares donde no haya visibilidad. Usar siempre las pinzas.

Medidas preventivas: Vacunación VHA, VHB y tétanos.

A través de los pinchazos accidentales se puede transmitir hepatitis B, C, HIV y tétanos. Sólo hay vacuna frente la hepatitis B y tétanos. Todo aquel que participa del contexto del consumo de drogas o relaciones sexuales plurales debería recibir estas vacunas.

Dejar que la herida sangre. Lavar la herida y zona vecina con agua y jabón. Desinfectar la herida con yodo o alcohol.

Ante una fuente (jeringa o aguja) desconocida, actuar como si procediera de una persona positiva. Si se conoce la persona de la cual procede el

material contaminante, solicitarle realizar extracción de sangre para determinar HBsAg, AcHBc, AcHC y AcHIV. Es prudente, asimismo, realizar a la persona que ha padecido el contacto, análisis de sangre para valorar su estado previo.

Hepatitis B

En relación a la hepatitis B, si la persona que ha sufrido la exposición **está vacunada**, no hay que tomar ninguna medida añadida.

Persona afectada	Persona cuya sangre ha contaminado el objeto de transmisión o relaciones sexuales de riesgo	
	HbsAg+ desconocido o	HBsAg -
No vacunada	Vacunación y gammaglobulina	Vacunación
Vacunada	No tratamiento	

Si la persona que ha sufrido la exposición **no está vacunada**, hay que proceder a su vacunación y considerar la administración de gammaglobulina si no se está seguro de que la persona de la que

procede el material de contacto no tiene el antígeno de superficie de la hepatitis B negativo (HBsAg-).

La **gammaglobulina hiperinmune antihepatitis B** (0,06 ml/Kg con una dosis máxima de 5 ml) se ha de administrar, a ser posible, en las primeras 24 horas después del contacto. Y, a la vez, en un sitio de inyección distinta, la primera dosis de vacuna frente la hepatitis B. Se puede administrar la vacuna de la hepatitis B y la gammaglobulina hiperinmune antihepatitis en el embarazo y en la lactancia.

VIH

Proponer al paciente realizar tratamiento antiretroviral durante 4 semanas, de acuerdo al protocolo de actuación sobre exposición no profesional.

EXPOSICIÓN ACCIDENTAL PROFESIONAL A SANGRE INFECTADA POR VIH³⁹

Los servicios sanitarios deben disponer de un manual escrito sobre las actuaciones y derivaciones a seguir en el caso de exposición al VIH-1, profesional o no, con disponibilidad de diagnóstico serológico rápido y con accesibilidad de 24 horas a los fármacos utilizados en la PPE

Tras una exposición accidental a sangre infectada por VIH si la lesión ha atravesado la piel el **riesgo de contagio** es del 0,3%. Si el contacto sólo ha alcanzado a las mucosas sin atravesar la piel, el riesgo es de 0,09%.

La administración de tratamiento antiviral preventivo debe iniciarse lo antes posible, mejor en las primeras cuatro horas, y hasta las 72 horas. Su duración será de 4 semanas. En caso de duda sobre la conveniencia de iniciar el tratamiento se recomienda administrar la primera dosis de forma inmediata y valorar su continuidad en las 24 h posteriores. Así como la elección definitiva de los medicamentos a utilizar en función de la historia clínica y medicamentos que haya tomado el paciente que ha originado el contacto.

Recomendaciones de tratamiento post exposición tanto ocupacional como no ocupacional

1. Se recomienda utilizar TDF/FTC (Truvada) 1 comp al día con RALtegravir (Isentress r) 1 comprimido cada 12 horas como pauta preferente, si la función renal está preservada. Es razonable considerar TAF/FTC (Descovy) por sus menores efectos indeseables.

2. Como pautas alternativas se pueden utilizar TDF/FTC con DRV/r, ATV/r, DTG, EVG/COBI o RPV, tanto en PPE ocupacional como no ocupacional (recomendación débil, baja calidad de la evidencia).

3) Se puede utilizar zidovudina/lamivudina (ZDV/3TC) coformulados (1 comprimido dos veces al día) si no se quiere usar TDF (por ejemplo en personas con enfermedad renal).

Se recomienda una pauta de 28 días de duración

Hay que recordar que no debe utilizarse efavirenz en caso de embarazo o posibilidad del mismo.⁴⁰

EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL AL VIH^{41 42}

Cuando la exposición se ha dado fuera del contexto sanitario, **se ha de diferenciar la exposición si la persona fuente, potencialmente transmisora es conocida como infectada o no.**

Si el estado serológico de la persona fuente es desconocido pero se trata de una persona usuaria o de drogas por vía parenteral, varones que realizan sexo con varones, profesionales del sexo, se tomarán

las precauciones y se actuará como si la persona estuviera infectada por el VIH.

Tratamiento postexposición no ocupacional al VIH recomendado^{43 44}

Se recomienda tratamiento frente al VIH **en situaciones de riesgo apreciable** (0,8 a 3%)

a) **relaciones sexuales con recepción anal** con eyaculación sin utilizar preservativo o con rotura o mal uso del mismo **con persona fuente o transmisora conocida como infectada por VIH o si el estado serológico de la persona fuente es desconocido, pero se trata de una persona usuaria** o de drogas por vía parenteral, varones que realizan sexo con varones, profesionales del sexo

b) en el curso de **exposición por vía parenteral** y se ha compartido jeringuilla, aguja o cualquier otro material de inyección con una persona conocida como infectada por el VIH

Ante riesgo bajo (0,05 a 0,08%) en relaciones sexuales:

- si ha habido agresión sexual o violación

- si la persona fuente o transmisora tiene una carga viral del VIH elevada, infección aguda o avanzada por VIH o una enfermedad definitoria de sida.

-si la persona fuente o transmisora tiene alguna enfermedad de transmisión sexual, lesión genital o herida en las mucosa oral o genital

-si se ha producido algún sangrado o menstruación durante la relación sexual

También ante pinchazo profundo o con abundante sangrado con una jeringuilla de forma inmediata tras haber sido usada por una persona conocida como infectada por VIH.

Valorar el tratamiento postexposición no ocupacional al VIH por parte de la la persona afectada y médico⁴⁵

Se recomienda **dejar la decisión de tratamiento a la valoración conjunta de la persona afectada y el médico** ante una situación de **bajo riesgo** (0,05 a 0,08%)

a) **en relaciones sexuales ante un estado serológico de la persona fuente o transmisora conocida como positivo** sin utilizar preservativo, con rotura o mal uso del mismo se considera bajo riesgo para la penetración y recepción vaginal, penetración anal, recepción anal sin eyaculación, sexo oro-genital masculino con eyaculación con recepción vaginal con o sin eyaculación.

b) **en relaciones sexuales** con persona fuente desconocida si hay recepción anal con eyaculación sin utilizar preservativo o con rotura o mal uso del mismo.

No indicado el tratamiento postexposición no ocupacional al VIH en situaciones de riesgo mínimo

a) **en el curso de relaciones sexuales ante un estado serológico de la persona fuente o transmisora conocida como positivo** con sexo orogenital masculino sin eyaculación o sexo orogenital femenino.

b) **en el curso de relaciones sexuales con un estado serológico de la persona fuente o transmisora conocida como positivo** desconocido sin utilizar preservativo o con rotura o mal uso del mismo con penetración o recepción vaginal, penetración anal, sexo oral masculino o femenino

c) utilizar una jeringuilla usada de origen desconocido

c) pinchazo superficial o con un pequeño sangrado con una jeringuilla de forma inmediata tras haber sido usada

d) contacto abundante de sangre con mucosas

Los fármacos a emplear, su duración y el seguimiento de los pacientes será igual que en la prevención postexposición ocupacional

SEROLOGÍAS A REALIZAR

6 semanas	3 meses	6 meses	12 meses: solo en caso de alto riesgo de transmisión
AcHIV	AcHIV	AcHIV	AcHIV
AcHVB	AcHVB	AcHVB	AcHVB
AcHVC	AcHVC	AcHVC	AcHVC
Sífilis y herpes 2 si ha habido contacto sexual	Sífilis y herpes 2 si ha habido contacto sexual		

SEROLOGIA LUÉTICA. SÍFILIS

Dentro de los análisis habituales es conveniente realizar pruebas para diagnosticar la sífilis o lo que se conoce también como serología luética.

Se basan en detectar la reacción del organismo en forma de anticuerpos a la infección por sífilis.

Hay dos tipos de reacciones: inespecíficas o reagínicas (VDRL o RPR) y las específicas o treponémicas (FTA-Abs o TPHA). Ambas, tanto las pruebas treponémicas como las reagínicas, se suelen solicitar conjuntamente para facilitar la interpretación.

La prueba VDRL o RPR

Son reacciones inespecíficas o reagínicas. El organismo responde a algunas de las partículas del treponema. Tienen más capacidad de error que los anticuerpos antitreponema.

Puede haber pruebas falsamente positivas en algunas enfermedades inmunitarias.

Hay dos pruebas de este tipo

VDRL, Venereal Disease Research Laboratory test

RPR, Rapid Plasma Reagin. Se expresan en forma de una fracción que explica el número de veces que se ha diluido la muestra de sangre. La reacción será más importante si, a pesar de que se ha diluido mucho la sangre, sigue siendo igualmente positivo el análisis.

Comparativamente hay autores que defienden que RPR tiene mayor sensibilidad y facilidad en su ejecución.⁴⁶

Anticuerpos antitreponema

El otro grupo de anticuerpos para diagnosticar sífilis es el de las pruebas específicas o treponémicas. Son más específicas porque la reacción ya no es frente a una parte del treponema, sino frente a la totalidad.

Hay menos posibilidad de dar positivos casos que no lo son o falsos positivos.

TPHA *Treponema pallidum* hemagglutination assay TPHA. Es una hemagglutinación indirecta, usada para la titulación y la detección de anticuerpos frente al *Treponema pallidum*. Muy pocos falsos positivos.⁴⁷

FTA-Abs, Fluorescent *Treponema* Antibody Absorption Test o prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescente puede dar falsos positivos frente a pian, pinta y lupus⁴⁸. 1% falsos positivos. El empleo de FTA-ABS IgM en suero para el diagnóstico de sífilis aguda o congénita está cuestionado. Es un procedimiento no aconsejable, ya que carece de sensibilidad y especificidad. Su empleo, en todo caso la modificación FTA-ABS 19S IgM, debería ir precedida de un fraccionamiento del suero aunque esto no modifica su falta de sensibilidad (30-35% de falsos negativos; por ello únicamente un resultado positivo de esta técnica confirmaría el diagnóstico. La complejidad técnica requerida para realizar correctamente esta prueba y mejorar su falta de sensibilidad no la hacen rentable en este momento.⁴⁹

OBSERVACIONES PARA LA INTERPRETACIÓN DE LOS MARCADORES SEROLÓGICOS DE LA SÍFILIS⁵⁰

1) Sífilis Primaria

El diagnóstico directo es posible a partir de las lesiones clínicas

Las pruebas serológicas se hacen positivas a partir de 1-4 semanas de la aparición del chancro.

La prueba TPHA es menos sensible que FTA-ABS en este período

Las pruebas treponémicas en esta fase son menos sensibles que VDRL o RPR.

2) Sífilis secundaria

El diagnóstico directo es posible en las lesiones secundarias.

Las pruebas reagínicas y treponémicas son positivas en el 100 % de los casos.

3) Sífilis latente precoz / de menos de un año de evolución

No es posible el diagnóstico directo.

Las pruebas reagínicas y treponémicas positivas.

Se observa una caída lenta pero progresiva de los títulos de las pruebas reagínicas que, con el paso del tiempo, pueden llegar a negativizarse.

Existe una historia de lesión típica de secundarismo de menos de un año.

4) Sífilis latente tardía o de más de un año de evolución

Pruebas treponémicas positivas.

Pruebas reagínicas positivas o negativas, según el tiempo de evolución. mas clínicos (evaluar serológicamente para neurosífilis).

5) Sífilis terciaria

El diagnóstico serológico es difícil. Es imprescindible conocer la historia y la terapéutica del paciente. Por regla general, los datos clínicos suelen ser confusos.

Pruebas treponémicas positivas en el 95 % de los casos.

Pruebas reagínicas negativas, al menos en el 30 % de los pacientes.

Investigar la presencia de síntomas clínicos de terciarismo: gomas, sífilis cardiovascular, neurosífilis, etc.

Criterios de diagnóstico para la neurosífilis

Es imprescindible una prueba treponémica positiva en suero,

VDRL positivo en LCR (75 %). Tan sólo la prueba VDRL está homologada para la detección de anticuerpos en LCR.

Aumento de la celularidad en LCR (>de 5-10 mononucleares/mm³)

Proteínas en concentración superior a 40-100 mg/dl (sólo en el 30-40%).

En la fase aguda, diseminativa, de la enfermedad, el 40% de las muestras de LCR presentan alteraciones transitorias, sin que ello signifique evolución hacia la neurosífilis.

Con el tratamiento deben descender las células a valores normales, seguido de la normalización de las proteínas. El estudio seriado del título de VDRL no siempre muestra un descenso.

Sífilis en embarazadas y congénita

Estudio de los marcadores de sífilis, al menos una vez durante el embarazo.

Durante la gestación las pruebas treponémicas y no treponémicas pueden producir resultados falsos positivos.

Durante la gestación es posible una elevación de los títulos de las pruebas reagínicas en una paciente que haya padecido una sífilis. Esto no significa que

exista necesariamente una reinfección o una recaída. En estos casos es fundamental una buena reevaluación clínica.

La mejor muestra para el estudio del riesgo fetal de enfermedad sifilítica es el suero materno. Los resultados obtenidos con él superan a los de la sangre de cordón e incluso a los de sangre del recién nacido. La sangre de cordón no es una buena muestra para el diagnóstico.

Sólo en el 20% de los niños infectados intraútero los títulos de las pruebas no treponémicas son superiores a los de la madre. Por ello los títulos reagínicos inferiores a los de la madre no descartan la infección congénita.

También se debe de tener presente que si la infección ocurrió en el tercer trimestre de la gestación VDRL puede aun ser negativo en el recién nacido.

Los anticuerpos reagínicos y treponémicos transferidos al neonato, de clase IgG, deben volverse no detectables en el plazo de meses (vida media de 2-3 semanas).

El incremento o mantenimiento del título de los anticuerpos reagínicos a lo largo de los primeros 6 meses de vida indican infección congénita y no

deberá esperarse más para tratar al niño si no se hizo ya previamente.

Igualmente la detección positiva de IgM mediante Captia ELISA o FTA-ABS 19S confirmaría el diagnóstico

La mejor evaluación de sífilis congénita en el niño asintomático se puede realizar con el estudio del LCR en el que detectaremos alteraciones celulares y bioquímicas con positividad del VDRL y, posiblemente, también con prueba FTA-ABS positiva

Sífilis o lúes

Se trata de una enfermedad de transmisión sexual causada por una espiroqueta llamada *Treponema Pallidum*. La transmisión es por contacto con lesiones infectadas habitualmente en genitales y boca a partir de las relaciones sexuales, , durante el embarazo o a través de transfusiones con sangre infectada. También existen casos de transmisión entre personas por vía no sexual, como es el caso de los chancros de barbería.

Cuando se detecta un caso, debe descartarse la infección en los compañeros sexuales.

En la evolución de la sífilis se alternan periodos de actividad con signos de infección-, con otros en los

en los que el paciente no tiene ningún síntoma sin que haya desaparecido la infección, que podrá volver a aparecer.

La sífilis es altamente contagiosa en los 2 primeros años de la infección (esto incluye la sífilis primaria y la secundaria).

Sífilis primaria

Tras el contagio, hay un periodo de incubación de unos 21 días y después aparece el chancro sifilítico, en el lugar de contacto. Esta lesión dura entre 2 y 6 semanas y, aunque no se trate, se cura sola. Puede quedar una pequeña cicatriz dura. Los ganglios permanecen más tiempo.

El chancro es una úlcera o erosión superficial, dura, de color rojo jamón, de límites limpios. No duele. Su localización varía dependiendo de la práctica sexual: pene, ano, recto, labios de la vulva, cuello del útero o boca. Aparecen ganglios en las dos ingles o en el cuello, múltiples, generalmente indoloros (los cervicales pueden doler) y pueden persistir varios meses. El chancro desaparece en pocas semanas.

Sífilis secundaria

Tras la fase de chancro o sífilis primaria, la espiroqueta *Treponema Pallidum* queda en estado

latente aproximadamente de 1 a 3 meses, para luego reactivarse y dar la sintomatología característica de la sífilis secundaria. Se produce una **erupción cutánea**, como si se tratara de una reacción alérgica a un medicamento. Afecta a toda la piel del cuerpo, incluidas las palmas y las plantas de los pies, mucosas de la boca, lengua y genitales. Se acompaña, en general, de dolor de cabeza y sensación de cansancio. Todas las lesiones son contagiosas. Puede haber ganglios palpables.

Es la expresión de que el Treponema se ha diseminado por la sangre. Las lesiones pueden ser:

Sífilis maculosa o roseola sifilítica: manchas rojas pequeñas aisladas por todo el tronco, cara y las palmas y plantas. **Sífilis papulosa:** pequeños granitos rojos de distribución igual al anterior. En las palmas y plantas, se hacen más duros, como callos o verrugas, llamados **clavis**. En las zonas húmedas, aparecen los **condilomas planos**, pequeñas masas lisas y blandas. La lengua tiene el aspecto de una pradera segada: hay como una tela blanca-grisácea rodeada por un halo rojizo. En la boca pueden haber llagas (aftas). Puede haber caída de pelo o deformidad de las uñas.

Esta fase dura de 2 a 6 semanas y también se cura sola, aunque no haya tratamiento.

Sífilis latente

Tras la sífilis secundaria hay un periodo de latencia de duración muy variable en el que sólo podremos saber que hay infección mediante análisis de sangre (pruebas serológicas). Se calcula que en un 30% de los casos volverán a aparecer síntomas, en un período variable de 1 año a 30 años.

Sífilis terciaria

La reactivación después del periodo de latencia se conoce por sífilis terciaria. Las manifestaciones son más agresivas. Pueden aparecer lesiones cónicas profundas y destructivas en la piel o los huesos llamadas gomas. Dejan cicatriz. Pueden afectar el cerebro o las meninges (neurolúes) o vasos sanguíneos (aortitis), corazón, ojos, cerebro.

Sífilis cuaternaria

Afectación neurológica con trastornos de la capacidad de moverse y dos procesos característicos que se conocen como tabes dorsal y parálisis general progresiva.

Diagnóstico de la sífilis

Diagnóstico directo: visualizar la espiroqueta a partir de muestra del chancro o los ganglios con el

microscopio (de campo oscuro). Visualizar la espiroqueta en muestras de biopsia.

Anticuerpos: análisis de sangre que demuestra la reacción de nuestro organismo frente al germen de la sífilis, la espiroqueta *Treponema Pallidum*

Reacciones por anticuerpos: inespecíficas o reagínicas a cardiolipina (VDRL o RPR) y las específicas o treponémicas (FTA-Abs o TPHA).

Técnicas de Biología Molecular: consisten en demostrar la presencia de material genético de *Treponema Pallidum* en muestras que provienen del paciente: material de una úlcera, muestra de biopsia cutánea, líquido cefalorraquídeo.

Ante una persona con anticuerpos positivos a sífilis, hay que preguntar a) si ya conocía la positividad o b) si ha hecho tratamiento previo.

Tratamiento de la sífilis

Contagio menos de 1 año, penicilina benzatina 2,4 millones dosis única. A veces, es útil distribuirla, en 2 viales de 1.200.000U en las dos nalgas para evitar un dolor excesivo.

Alérgicos: doxiciclina 100 mg/12 h, 2 semanas.

Contagio más de 1 año o período incierto: penicilina benzatina 2,4 millones dosis única, semanal durante

3 semanas. A veces, es útil distribuirla, en 2 viales de 1.200.000U en las dos nalgas para evitar un dolor excesivo.

Alérgicos a la penicilina: doxiciclina, 100mg/12 h durante 4 semanas.

Embarazadas alérgicas: el mejor procedimiento es la desensibilización a la penicilina en centros especializados y luego tratamiento con penicilina. En caso de que no se pudiera realizar se puede utilizar eritromicina (etilsuccinato) 500 mg 4 veces/día, durante 2 semanas. Se puede tratar al recién nacido con penicilina (5000 U/kg im dosis única) y a la madre con doxiciclina después del parto.

El tratamiento de los enfermos con coinfección por el VIH no difiere de los pacientes no coinfectados, aunque el seguimiento ha de ser más estrecho.

Durante tratamiento de la sífilis, en las primeras 24 horas, puede haber fiebre, dolor de cabeza y dolores musculares. Es una reacción transitoria que se resuelve sola. Se la conoce como la reacción de Jarisch-Herxheimer.

Se puede considerar repetir el tratamiento cuando las pruebas reagínicas no disminuyan 4 diluciones en 1 año o éstas aumenten, en caso de reinfección, por

persistencia o recidiva de los síntomas o aumento brusco de unas pruebas treponémicas bajas (normalmente no cambian)

Diagnóstico de la neurosífilis

Para el diagnóstico de neurosífilis se requiere examen del líquido cefalorraquídeo a través de una punción en la columna lumbar

Si hay afectación del sistema nervioso, neurosífilis, evidenciada por la presencia de anticuerpos en el líquido cefalorraquídeo tras la punción lumbar, Penicilina G, 3-4 millones de unidades/4h iv durante 10-14 días, seguido de penicilina benzatina 2.4 millones semanales, durante 3 semanas.

Alternativa: Penicilina procaina 2,4 millones de unidades/día por vía intramuscular más probenecid 1 gr/d x 10 días.

En personas alérgicas: es conveniente realizar la desensibilización frente a la penicilina y usar este antibiótico.

URETRITIS

La uretritis es la inflamación de la uretra, conducto que va desde la vejiga de la orina hasta el orificio de salida al exterior de la orina. Esta inflamación puede ocasionar molestias o escozor al orinar, picor,

urgencia miccional y también secreción mucopurulenta a través del orificio de la urina. Puede afectar tanto al hombre como a la mujer.

Siempre que sea posible se tomará un frotis o muestra de esta secreción o exudado uretral

Hay que distinguir entre las

uretritis gonocócicas causadas por el germen *Neisseria gonorrhoeae* que suelen tener sintomatología llamativa, con secreción uretral de predominio matutino

y las **no gonocócicas**, causadas por diferentes gérmenes, entre ellos *Chlamydia trachomatis*. Se diagnostica con tinción de Giemsa en exudados, serología, PCR, cultivo

A partir de la exploración física deben descartarse otras infecciones de transmisión sexual: herpes, chancro sifilítico, condilomas.

El tratamiento implica cubrir ambos tipos de infección con una dosis intramuscular de ceftriaxona 500 mg (cubre las gonocócicas) asociado a azitromicina 1 gr o doxiciclina 100mg cada 12 horas durante 7 días (cubre las no gonocócicas), ambas por vía oral.

Hay que tratar siempre a las parejas sexuales.

LESIONES CUTÁNEAS

Picor

El picor es un motivo de consulta frecuente en las personas en situación marginal. Puede traducir innumerables problemas:

Presencia de parásitos

Alergia a medicamentos o a alimentos

Higiene insuficiente y eccemas en la piel

Picaduras de insectos

En consumidores de coca, es un síntoma frecuente, que suele asociarse a alucinaciones visuales, a menudo parásitos en la piel, que llevan a hacerse auténticas heridas cuando intentan erróneamente extraerlos.

Enfermedades del hígado o del riñón

Repasamos algunas de estas causas.

Sarna (o escabiosis)

Es una enfermedad infecciosa causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Se transmite por contacto directo con personas infectadas y, con menos frecuencia, al usar la misma ropa o al compartir la ropa de cama, ya que el ácaro no es capaz de saltar ni volar. El

ácaro sólo puede sobrevivir fuera del cuerpo humano unas 36 horas. Sus huevos, hasta 2- 3 semanas.

Período de incubación: en la primera infección, el germen infeccioso excava la piel y deposita los huevos, que se abren y originan una reacción alérgica (el cuerpo intenta eliminar el ácaro) que tarda 14-21 días en producirse; es entonces cuando empieza el picor. En las posteriores infecciones, los síntomas aparecen de forma inmediata.

El síntoma más frecuente y que debe hacer sospechar siempre el proceso es **picor o prurito intenso**, que se **agrava por la noche**, y que puede afectar a varios miembros de una familia o personas que comparten vivienda o lugar de descanso. Generalmente afecta a todo el cuerpo respetando la cara. Es más intenso en genitales, alrededor de los pezones y dorso de manos.

¿Qué veremos en la piel?

En la piel destacan las abundantes lesiones de rascado (excoriaciones), signos inespecíficos de que la persona tiene un intenso picor. Es entonces cuando se deben buscar las lesiones más típicas de sarna como surcos o túneles en las manos, en los espacios interdigitales, muñecas, axilas, genitales o planta de pie. Son líneas delgadas en la piel que parecen el trazo fino de un lápiz. Representan el

camino que recorre el ácaro en el cuerpo en busca de temperaturas más altas. Pueden faltar en pacientes con higiene adecuada.

Puede haber pequeños bultitos (pápulas) o nódulos en genitales, alrededor de los pezones y en las axilas. Pican mucho y son muy característicos de sarna.

Dado que estas lesiones específicas de sarna no siempre están presentes, está justificado el tratamiento de prueba con permetrina en pacientes con picor de las características mencionadas en los que se sospeche sarna.

Diagnóstico: coloreando con tinta china las zonas sospechosas se resalta el surco acariano. Se realiza en el extremo del surco un examen directo. Test de Müller: visualización directa del parásito en microscopio óptico (se rasca un surco y se deposita el material obtenido en un porta con aceite de inmersión que se observa a bajo aumento).

Sarna noruega

Se presenta como placas de piel endurecida o hiperqueratósicas, con poco picor y con gran cantidad de ácaro. Aparece típicamente en enfermos con síndrome de Down, inmunodeprimidos, ancianos o que han usado corticoides. De elección ivermectina.

Sarna infantil

Las lesiones tienden a ser más vesiculosas, pustulosas y más extensas y afectan característicamente las palmas y las plantas.

Tratamiento de la sarna

El tratamiento debe incluir a todos los que conviven con el paciente, tengan o no síntomas. Deben realizar el tratamiento de forma simultánea. Se debe desinfectar el mobiliario de la casa con insecticida en spray.

Debe lavarse toda la ropa a más de 60° o guardarla en bolsas de plástico cerradas 2 semanas, para evitar una reinfección.

Disponemos de varios tratamientos efectivos, unos de aplicación directa sobre la piel y otros en forma de comprimidos:

1. Permetrina al 5% en loción o crema

Debe aplicarse de cabeza para abajo, cubriendo toda la piel. Dejar 8-14 horas y retirar con abundante jabón y agua. Repetir la aplicación a los 10 días.

La permetrina no se puede utilizar en niños menores de 2 meses.

2. Otros tratamientos tópicos: benzoato de benzoilo al 25% en emulsión (efectivo, pero muy irritante), malation al 0'5%, monosulfiram al 20% en jabón, crotamitón al 10%, lindane 1%

3. Ivermectina a dosis de 200 microgramos por kg de peso, por comprimido, 1 comprimido y repetir a los 10 días. De elección en sarna noruega, personas con deterioro de su estado inmunitario, epidemias y cumplimiento inadecuado. En una persona de 60 kgs estaría recomendado 4 comprimidos, es decir 12 mgs. El ajuste por peso está detallado en el prospecto del medicamento. Está comercializado y financiado por sanidad pública en forma de comprimidos de 3mgs, envase con 4 comprimidos.

Después del tratamiento, el picor tarda en resolverse unas 2 semanas, por lo que pueden usarse antihistamínicos o lociones con antipruriginosos como la hidrocortisona, que ayudarán a resolver la eccematización. Pueden persistir las lesiones nodulares que traducen la reacción inmunológica, y que se tratarán con cremas de corticoides tópicos.

Piojos de la cabeza (Pediculosis capitis)

Otra causa frecuente de picor. En este caso se trata de picor localizado en la cabeza y nuca y es causado por unos pequeños insectos, los piojos (*Pediculus humanus capitis*), que se transmiten de persona a

persona fácilmente o por compartir peines, sombreros y otros objetos de uso personal. El pelo largo facilita su parasitación.

¿Qué veremos en la piel?

En la nuca se pueden apreciar lesiones causadas por el mismo paciente al rascarse. Buscaremos entonces detenidamente el piojo entre el pelo (más fácilmente en el pelo después de mojarlo con agua). Normalmente los piojos se encuentran cerca de la piel, pero como son muy pequeños y se mueven rápidamente son difíciles de ver. Es más fácil detectar los huevos del piojo, también llamados liendres, que veremos como pequeñas bolitas blancas fuertemente enganchadas a la raíz del pelo, más abundantes en el pelo de la nuca y detrás de las orejas. Las liendres se parecen a la caspa común, pero se diferencian fácilmente porque las bolitas de la caspa se desprenden fácilmente con los dedos, mientras que las liendres se quedan enganchadas.

Si las liendres se detectan a más de 1 centímetro de la salida del pelo de la cabeza, ya no están vivas, lo que significa que la infección ya ha pasado y no hace falta tratarla.

En casos excepcionales, el picor obliga al paciente a rascarse intensamente. Si las condiciones higiénicas son insuficientes, los arañazos se infectan y aparecen

placas en la cabeza con costras que supuran. Es la forma de *plica polónica*.

Tratamiento

Existe comercializado el éster del ácido propiónico, que actuaría como repelente de forma preventiva.

Si es aceptado por el paciente, es curativo el rapado completo del cabello y lavado de ropa, peines u otros utensilios. Se deben aplicar lociones con permetrina al 1'5% (de elección) o malatión al 0'5% o lindane al 1%, siguiendo las instrucciones de cada producto. Siempre se preferirá en forma de loción a champú. En general, se recomiendan 2 aplicaciones, separadas una semana.

Se deben retirar las liendres manualmente o con cepillos especiales para este propósito. Existen productos comercializados también con este fin.

Debe lavarse la ropa de cama, sombreros, peines y otros objetos que puedan facilitar la transmisión de los piojos.

Piojos del cuerpo

El piojo, en este caso, habita en la ropa (sobre todo en las costuras y en los pliegues) no en el cuerpo. Se transmite por contacto con ropa infestada.

Produce intenso picor en todo el cuerpo al alimentarse de sangre humana y al depositar sus heces sobre la piel. Por esta razón, sólo veremos en la piel las lesiones de rascado y, para llegar al diagnóstico, tendremos que buscar el insecto en la ropa. A menudo se asocian a piojos del cabello o piojos del pubis.

Debe destruirse toda la ropa o lavarla a alta temperatura.

Piojos del pubis (ladillas)

Se trata de un piojo (llamado *Phthirius pubis*) que infesta el pelo del pubis. Se transmite a través de relaciones sexuales. Puede afectar también el pelo de las axilas o de las cejas y se puede asociar a los piojos de la cabeza y del cuerpo.

Ocasionan picor en el vello del pubis, más intenso por la noche. El paciente afecto nos puede explicar que ha visto los insectos o los huevos enganchados al vello.

¿Qué veremos en la piel?

Se aprecian las lesiones de rascado producidas por el intenso picor. A diferencia del piojo de la cabeza, se ve a simple vista porque es más grande y no se

mueve. Nos podemos ayudar de una lupa para apreciarlo mejor. También veremos los huevos (liendres) del insecto, pequeños, de un color gris claro, adheridos al pelo.

El rasurado y limpieza adecuada de la zona suele ser suficiente para conseguir la eliminación del insecto. Existen preparados comerciales con permetrina al 1,5% que también son efectivos. Se recomienda lavar en agua caliente la ropa íntima.

Picaduras de insectos

Es una causa muy frecuente de preocupación ya que a menudo ocasionan intenso picor y en la piel pueden adoptar distintas formas que no siempre son fáciles de reconocer.

En general, veremos en la piel pequeños bultos (pápulas) rojizos que siguen una línea más o menos recta, que representa el trayecto que ha hecho el insecto sobre la piel. En el centro de la pápula es posible apreciar el punto de la picadura. Suelen afectar a zonas expuestas (brazos, piernas, cara).

A partir del tipo de lesión en la piel no podemos identificar el insecto que ha picado.

La piel reacciona a la picadura de distintas maneras. Se produce una reacción alérgica distinta en cada persona. En general hay picor y una zona más dura y

abultada que es el nódulo. Si la reacción es más intensa, habrá más picor y el bulto será más grande. Pueden formarse vesículas y hasta ampollas si la persona es alérgica a las proteínas que inyecta el insecto, pudiendo existir reacciones severas que pueden comprometer la vida del paciente.

Se recomiendan lociones tópicas con mentol o calamina. Si la reacción es persistente, se pueden usar preparados tópicos con corticoides de baja potencia (hidrocortisona, por ejemplo). Si por el rascado la herida se ha infectado, se pueden asociar antibióticos tópicos.

Lesiones en genitales

Herpes genital

Se trata de la enfermedad que se transmite por vía sexual más frecuente en nuestro medio, causada por el virus del herpes, tanto el tipo II como el tipo I. Ocasiona lesiones en la piel y las mucosas de los genitales, del ano y región sacra, que se parecen a úlceras pequeñas, pero que varían mucho de persona a persona. Sobre todo causan problemas porque son dolorosas, recurrentes, es decir, que reaparecen frecuentemente, a lo largo de toda la vida, especialmente en personas inmunodeprimidas.

Como produce erosiones en la piel, aumenta el riesgo de infección por VIH.

Son factores de riesgo del herpes genital los contactos sexuales múltiples, primera relación sexual antes de los 17 años, muchos años de actividad sexual, otras enfermedades asociadas de transmisión sexual, infección por el VIH, bajo nivel sociocultural, pareja con herpes, edad entre 20-40 años.

Para prevenir la transmisión es conveniente evitar el contacto sexual cuando las lesiones estén activas (existan vesículas).

En el período entre lesiones se recomienda el uso de preservativo, ya que la mayoría de las primeras infecciones se producen por contacto con enfermos infectados sin vesículas activas en el momento del contacto, pero que eliminan el virus igualmente. Se ha demostrado que el uso de antivirales para la supresión de las recurrencias disminuye el riesgo de infección.

¿Cuáles son los síntomas? ¿Qué veremos en la piel?

El virus del herpes causa molestias muy variables entre diferentes personas. Hasta un 20% de los casos, aunque exista infección, la persona no tiene

síntomas, con el peligro de que contagie a sus compañeros sexuales al no ser evidente la infección.

En el curso de la primera infección, generalmente aparece a los 10 días mal estado general, fiebre y ganglios en las ingles. Puede haber lesiones en cualquier localización de los genitales, la parte más baja de la espalda, ano, muslos o los glúteos. Se ven pequeñas vesículas que se agrupan sobre una placa roja o pequeñas erosiones muy dolorosas, espontáneamente o al orinar. También se aprecia secreción uretral o vaginal.

Las reactivaciones del herpes se producen posteriormente, con una periodicidad variable. Aparecen menos lesiones, más típicamente en el sacro, que son dolorosas y duran una semana.

Puede haber manifestaciones atípicas como enrojecimiento de la vulva, dolor genital, dolor lumbar por prostatitis, fisuras genitales, foliculitis

El diagnóstico es fácil si las manifestaciones son las típicas. Si son atípicas, podemos confirmar el diagnóstico con cultivos celulares, pruebas serológicas o detección directa de antígenos del virus.

Hay tratamiento efectivo para el virus del herpes, que puede utilizarse tanto para la infección aguda

como para la supresión a largo término de las reactivaciones.

El tratamiento reduce los síntomas y cura las lesiones más rápidamente. Debe iniciarse antes de que pasen 24 horas de la aparición de las lesiones en la piel.

A dosis más bajas se puede reducir la reactivación del virus en pacientes con recurrencias frecuentes (en general más de 6 al año) o episodios muy dolorosos.

Nombre	Episodio primario	Episodios recurrentes	Supresión de episodios recurrentes: más de 6 al año o muy dolorosos
Valaciclovir	1 gr/12h durante 7-10 días	500 mg/12h 5 días	<9 al año 500 mgr/24h >9 al año 1 gr/24h
Aciclovir	200 mg 5 veces al día, 7-10 días o 400 mg 3 veces al día	200 mg 5 veces al día 5 días o 800 mg 2 veces al día	400 mg 2 veces al día

	7-10 días	5 días	
Famciclovir	250 mg/8h 7-10 días	125 mg/12h 5 días	250mg/12h

Las dosis deben ser reducidas en caso de insuficiencia renal.

En pacientes VIH positivos el tratamiento no varía del anteriormente descrito. Para la supresión de episodios recurrentes es de indicación Valaciclovir a dosis de 500 mgr 2 veces al día. Si aparece resistencia a Aciclovir se indica tratamiento con Foscarnet a dosis de 40 mg/kg en infusión intravenosa lenta (1 hora) cada 8 horas durante 2-3 semanas o hasta la curación. Debe adaptarse la dosis en casos de insuficiencia renal. Para los casos resistentes se ha mostrado eficaz el uso de Cidofovir tópico al 2%, pendiente aún su aprobación para este uso. Es frecuente la coinfección con virus herpes simple II.

Para las infecciones primarias en la primera mitad del embarazo está recomendado el tratamiento antiviral. En embarazos avanzados, no se recomienda tratamiento antiviral ya que reduce la síntesis de anticuerpos maternos dejando al bebé desprotegido después del nacimiento.

Las recurrencias durante el embarazo sólo se tratarán en las últimas 4 semanas o si los síntomas son extremos, con las pautas clásicas.

Está indicada la realización de cesárea electiva cuando la infección esté activa en el momento del parto o si la primoinfección ha sido en el último trimestre del embarazo.

Candidiasis vaginal/Balanitis candidiásica

Cándida es un hongo que vive frecuentemente en la vagina de las mujeres sin dar síntomas. En determinadas circunstancias, es capaz de proliferar y causar infección. La más frecuente es la vulvovaginitis que se manifiesta con picor y flujo vaginal blanquecino. A partir de mujeres infectadas, se puede transmitir a sus parejas sexuales. En hombres, la infección se suele iniciar en el glande, ocasionando también picor.

Existe predisposición individual a desarrollar estas infecciones ya que hay mujeres que repiten episodios frecuentemente, mientras que en otras nunca sufrirán esta infección. Existen numerosos factores que han sido identificados como precipitantes de episodios de candidiasis: toma de anticonceptivos, diabetes, embarazo, tratamiento antibiótico, infección por VIH y otras formas de inmunodepresión

¿Cuáles son los síntomas? ¿Qué veremos en la piel?

La paciente explica intenso picor en los genitales. Al orinar, tiene escozor. En la exploración, veremos los labios rojos e hinchados, con lesiones de rascado (arañazos). El flujo es blanco con grumos, lo que es muy característico.

En hombres, también hay picor y escozor al orinar. Empieza con pequeñas vesículas y granos rojos en el glande, que se extienden y confluyen, y aparece hinchazón y rojez de todo el glande.

Tanto en hombres como en mujeres la infección puede extenderse a los glúteos y los muslos.

Es suficiente el tratamiento con un antifúngico aplicado en la vagina y la vulva, ya sea en forma de crema, óvulos vaginales o comprimidos vaginales. En el hombre, se puede utilizar crema en el glande. Existen distintos antifúngicos efectivos para este propósito: clotrimazol, miconazol, butoconazol, ticonazol, nistatina.

En el caso que sea preciso administrar tratamiento oral por síntomas intensos, afectación diseminada, fracaso del tratamiento local se puede emplear fluconazol 150 mg en dosis única o itraconazol 200 mg al día durante 3 días.

Verrugas (Condilomas acuminados)

Las verrugas genitales, también llamadas condilomas acuminados o papilomas, son el resultado de una infección por el virus del papiloma humano, que también causa las típicas verrugas vulgares de las manos y los pies. Infecta tejidos sanos y se queda dentro de las células aumentando su multiplicación, lo que da lugar a la verruga

Existen más de 100 subtipos de este virus: unos son los que nos producen las verrugas vulgares, otros tienen predilección por la piel de los genitales, siendo éstos los más frecuentemente implicados en las verrugas genitales. Los más frecuentes son los subtipos 6 y 11. Existen unos subtipos que se han relacionado con el cáncer de cuello de útero.

Las verrugas se reconocen fácilmente. Son protuberancias blandas (normalmente hay más de una) que asientan en cualquier área de los genitales: pene, vulva, uretra, vagina, ano. Pueden afectar territorios no visibles como el canal anal y la vagina.

La transmisión es a través de cualquier tipo de contacto genital, no sólo la penetración. El virus se transmite desde las verrugas, pero como éstas no son siempre visibles, o bien han podido desaparecer, pero el virus continuar en la piel, la ausencia de verrugas no descarta el contagio.

En niños, se debe sospechar siempre abusos sexuales.

¿Qué veremos en la piel?

Buscar en cualquier zona del área genital protuberancias carnosas, similares a una coliflor, de color de la piel normal, que pueden llegar a tener un tamaño considerable. Normalmente son múltiples.

Frecuentemente, son asintomáticas, pero se puede sentir picor, molestias inespecíficas, dolor en las relaciones sexuales, sangrados, flujo anormal.

El diagnóstico se basa en la apariencia típica de las lesiones. No hace falta hacer biopsia de las lesiones ni búsqueda del papilomavirus.

La biopsia se reserva para los casos de verrugas atípicas, verrugas pigmentadas o induradas o diagnóstico incierto

En mujeres se recomienda examen ginecológico que incluya frotis y colposcopia, si procede. En hombres con lesiones perianales, la exploración del canal anal.

El preservativo no protege de la adquisición del virus ya que no previene el contacto piel con piel, pero sí ha demostrado reducir el riesgo de

enfermedad cervical y cáncer. El preservativo femenino ofrece más seguridad.

Existen distintas opciones para el tratamiento.

1.- No hacer nada, si no producen molestias y el paciente descarta la posibilidad de contagiar a otros. Se puede postergar el tratamiento esperando su resolución espontánea, ya que la infección desaparece sola en 1-2 años cuando se adquiere la inmunidad frente al subtipo del virus que nos ha infectado.

2.- Tratamientos realizados por el médico: Crioterapia (cada 2 semanas se procede a la congelación de las verrugas; normalmente se necesitan de 3 a 6 sesiones para eliminarlas), Podofilino (no en embarazo), Tricloroacético al 80%

3.- Tratamientos aplicados por el mismo paciente: reducen las visitas al médico y si el paciente está bien instruido sobre las verrugas, se lo puede aplicar siempre que le aparezcan de forma precoz. Por el contrario, es una opción más cara.

Imiquimod al 5% en crema (se aplica 3 veces a la semana por la noche -se retira por la mañana- en las verrugas durante 16 semanas. A la 8ª semana empiezan a desaparecer. Contraindicado en el embarazo.

La salud cuando se vive en la calle

Podofilotoxina 0'5% en solución (se aplica 2 veces al día durante 3 días seguidos cada semana durante 4 semanas. Contraindicado en el embarazo. Más económico que el anterior.

La eficacia de estos tratamientos es de un 35-80%, todos equivalentes.

Todos los tratamientos son irritantes y pueden causar molestias variables en su aplicación.

Las verrugas pueden reaparecer después del tratamiento. Y además, después del tratamiento las personas pueden aún seguir infectando a otras.

Heridas/Quemaduras

La piel es la primera barrera de defensa de nuestro cuerpo al ser una capa continua semipermeable, que no deja penetrar los agentes infecciosos dentro del organismo. Por lo tanto, cualquier herida es una posible puerta de entrada y debe ser tratada con la atención adecuada.

La higiene es un mecanismo que reduce el riesgo de infección de las heridas. Se debe advertir siempre de la necesidad de desinfección de la piel antes de cualquier situación que producirá una agresión en la piel: antes de punciones, antes de tatuajes, antes de perforaciones del cuerpo. Se recomienda el uso de povidona iodada.

Cualquier material de punción utilizado debe ser estéril (los procedimientos de desinfección caseros, como la quema de agujas, no son seguros).

Para evitar las úlceras, la piel debe estar siempre limpia y seca. Ante situaciones de inmovilización que puedan condicionar un descanso prolongado en una misma postura (por ejemplo, personas usuarias de drogas, pacientes alcohólicos, personas con dificultades para moverse), es conveniente recomendar a las personas que conviven realizar cambios de postura del paciente cada 4-6 horas para que no se apoyen sobre una superficie dura los mismos tejidos demasiado tiempo.

Tipos de heridas que pueden requerir tratamientos especiales:

Quemaduras: por cigarrillos

Infecciones a partir de *piercings*, tatuajes, no realizados en condiciones de asepsia

Úlceras: frecuentes en las piernas por heridas no tratadas e infectadas.

Úlceras debidas a la presión: erosiones en la piel que aparecen en el sacro, en los talones, en los codos, debidas a permanecer demasiado tiempo en una postura concreta sin moverse.

Infecciones a partir de punciones en los brazos, en usuarios de drogas

Mordeduras de animales, mordeduras de personas

Infecciones de la piel a partir de arañazos por rascado debido al picor

Cualquier herida se puede complicar con infecciones de la piel más profunda (celulitis, erisipela), colecciones de pus (abscesos), infecciones del hueso (osteomielitis) e infecciones generalizadas del organismo.

Celulitis

Entre los usuarios de drogas por vía parenteral es frecuente la presencia de infecciones en la piel y tejidos blandos debido a la escasa higiene en la práctica de venopunción.

¿Qué veremos en la piel?

Podremos observar calor, inflamación, induración y enrojecimiento de la piel. A veces existirá también secreción purulenta. Puede o no haber fiebre.

El tratamiento puede hacerse por vía oral con amoxicilina-clavulánico 500/125mg tres veces al día durante una semana. Si hay si alergia a la penicilina: clindamicina 300-600mg cada 8 horas. En casos más graves se debe recomendar acudir a un hospital para administrar el tratamiento antibiótico por vía intravenosa.

Si simplemente existen signos de inflamación, sin

fiebre se pueden aplicar gasas con agua de Burow, y retirarlas cuando estén secas. Habitualmente tres veces al día.

VACUNACIONES ⁵¹

Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Puede tratarse de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos.

En España, el calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría, clasifica las vacunas en tres grupos⁵²

Vacunas sistemáticas. Vacunas que deben administrarse a todos los niños y adolescentes. Entre las que se encuentran: hepatitis B, difteria, tétanos, tosferina, polio, la bacteria *Haemophilus influenzae* tipo b, meningococo C, neumococo, sarampión, rubeola y paperas (parotiditis epidémica) y el virus del papiloma humano (solo para niñas). Estas vacunas forman parte de todos los calendarios autonómicos españoles, **excepto** la del neumococo, que sólo está integrada en el de Galicia.

Vacunas recomendadas. Vacunas que también deberían recibir toda la población, pero que pueden

ser menos necesarias que las anteriores y suponer por eso un dilema económico para su financiación pública. Tienen esta calificación las vacunas frente al rotavirus en lactantes, la de la varicela en niños pequeños y la del meningococo B. La vacunación de la varicela en menores de 2 años está incluida en los calendarios de Navarra, Ceuta y Melilla.

Vacunas para grupos de riesgo. Las recomendadas para niños que sufren algunas enfermedades o que se encuentran en situación de riesgo especial. Se incluye la vacunación anual contra la gripe y la de la hepatitis A. Esta última se utiliza de forma universal, dentro del calendario autonómico, en Cataluña y en las ciudades de Ceuta y Melilla.

La salud cuando se vive en la calle

CALENDARIO DE VACUNACIONES DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA 2015 Comité Asesor de Vacunas									
VACUNA	Edad en meses						Edad en años		
	0	2	4	6	12-15	15-18	2-3	6	11-12
Hepatitis B ¹	HB	HB	HB	HB					
Difteria, tétanos y tosferina ²		DTPa	DTPa	DTPa		DTPa		DTPa o Tdpa	Tdpa
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ³		Hib	Hib	Hib		Hib			
Poliomielitis ⁴		VPI	VPI	VPI		VPI			
Meningococo C ⁵			MenC		MenC				MenC
Neumococo ⁶		VNC	VNC	VNC	VNC				
Sarampión, rubeola y parotiditis ⁷					SRP		SRP		
Virus del papiloma humano ⁸									VPH 2 dosis
Meningococo B ⁹		MenB	MenB	MenB	MenB				
Rotavirus ¹⁰		RV	RV	RV					
Varicela ¹¹					Var		Var		
Gripe ¹²				Gripe (anual)					
Hepatitis A ¹³				HA 2 dosis					
Sistemática Recomendada Grupos de riesgo									

Vacuna antitetánica

Se considera vacunación completa la de cinco dosis. Esto es, vacunación inicial con tres dosis (mes 0 / mes 1 / mes 6-12) y dos dosis de recuerdo separadas 10 años. Esta vacunación se consigue con el calendario vacunal sistemático siendo la última dosis entre los 14 y 16 años.

Actualmente, es administrada a menudo en los centros escolares, previa autorización escrita de los padres, a fin de asegurar su cumplimiento.

A partir de los 40 años y hasta los 65 años, se recomienda dos dosis de recuerdo, separadas por 10 años. Este esquema también se utiliza cuando se desconoce el estado vacunal previo. Nunca hay que reiniciar la vacunación, aunque se haya descuidado alguna dosis o haya pasado más tiempo del recomendado entre dos dosis: vacuna puesta se considera vacuna contada.

En caso de heridas, hay que repasar el estado vacunal, y en función de la herida y el estado vacunal, valorar la necesidad de gammaglobulina y finalizar la vacunación.

Vacuna antigripal

Vacunación antigripal. Se recomienda a partir de los 60 años con una periodicidad anual.

Vacuna antineumocócica

También recomendada a partir de los 60 años para la población general, y no hay que revacunación, a menos que se haya administrado antes de los 65 años y entonces se recomienda una dosis de recuerdo a los 5 años.

Vacuna antihepatitis A

Tres dosis: a los 12 meses, a los 6 años, a los 11-12 años⁵³, por vía intramuscular en el deltoides.

Esta vacuna es especialmente recomendable en usuarios de drogas por vía parenteral, en personas con hepatopatía crónica y si se realizan prácticas sexuales anal-oral.

Vacuna antihepatitis B

La vacuna se elabora a partir de elementos de la superficie del virus de la hepatitis B. No tiene, por tanto, capacidad de infección, no puede dar lugar a la enfermedad. Por el contrario, la persona vacunada va a poseer, gracias a la vacunación, estímulos o antígenos de superficie del virus de la hepatitis B (Ag antígeno HB del virus de la hepatitis B s procedente de la superficie), por lo que va a fabricar anticuerpos contra el antígeno de superficie (Ac anticuerpos contra elementos de superficie de la hepatitis B, AcHBs)

Se ha comprobado que las personas que reciben 3 dosis de vacuna frente a la hepatitis B desarrollan protección frente a la misma. Se recomienda que la vacuna se aplique por vía intramuscular en el brazo, por debajo del hombro (en el músculo deltoides).

Hay diferentes pautas, todas ellas basadas en producir en el organismo la suficiente respuesta de anticuerpos para que dé lugar a inmunidad. No hay una fórmula mágica, hay diversas recomendaciones, algunas más documentadas que otras, y es, en general, el responsable del programa de vacunación quien debe recomendar qué pauta es la más adecuada en cada caso.

Si no existe un riesgo inmediato de infección, conviene realizar una pauta convencional, más lenta, pero que proporciona un nivel más alto de protección: 0, 1, 6 meses

1ª dosis (0)

2ª dosis: 1 mes más tarde (1)

3ª dosis: 6 meses después de la fecha de la primera dosis (6).

Cuando existe riesgo real de infección, la alternativa más ensayada y que ha ofrecido mejores resultados es la de cuatro dosis separadas en el tiempo: 0, 1, 2, 12 meses

1ª dosis (0)

2ª dosis: 1 mes más tarde (1)

3ª dosis: 2 meses después de la primera dosis (2).

4ª dosis: 12 meses después de la primera dosis (12)⁵⁴

La vacuna tiene escasos efectos adversos. El más frecuente es dolor y enrojecimiento en la zona de administración. En algunas ocasiones puede aparecer dolor de cabeza, malestar general, fiebre, dolor muscular y articular, náuseas y vómitos. Puede administrarse a mujeres embarazadas.

A través de análisis de sangre se puede saber si una persona está bien vacunada frente a la hepatitis B. Se considera un estado de buena capacidad de defensa frente a esta infección la presencia de anticuerpos contra el antígeno de superficie (AcHBs) en cantidad superior a 10mU/ml (miliunidades por mililitro). Es lógico, dado que la vacuna de la hepatitis B está formada fundamentalmente por elementos estimuladores o antígenos producidos a partir de la superficie del virus B.

En España, se está realizando la vacunación sistemática a niños antes de la adolescencia. Es recomendable para personas con especiales posibilidades de contraer la enfermedad: receptores de transfusiones, usuarios de drogas por vía parenteral, homosexuales masculinos, personas que realizan la prostitución, entorno directo y parejas sexuales de portadores crónicos, hijos de madres infectadas, personal sanitario, viajeros a regiones endémicas (África, Asia), personas con múltiples

parejas sexuales, infección por virus de la hepatitis C.

En algunos programas se realiza la vacunación sin realizar análisis previos. Se basa en que no existe ninguna contraindicación para vacunar y se prefiere no tener que aguardar a unos resultados ni ampliar los costes con la solicitud de los análisis. Otra posibilidad es solicitar los análisis y administrar ya la primera vacuna. Las otras dosis se darán en función del resultado del análisis.

Sin embargo, cuando se aborda el tema de manera individual, cabe averiguar su estado con la realización de los análisis –anticuerpos- frente a cada una de las hepatitis. Y en el caso de que el paciente no haya estado en contacto con el virus de la hepatitis B, proponerle la vacuna.

Vacuna hepatitis A y B combinada

1ª dosis A y B combinada (0)

2ª dosis: 1 mes más tarde. Solo hepatitis B (1)

3ª dosis: 2 meses después de la primera dosis. Sólo hepatitis B (2).

4ª dosis: 12 meses después de la primera dosis. A y B combinada (12)

Trastornos de déficit de la atención e hiperactividad TDAH

Los niños y adolescentes que tienen dificultad para quedarse quietos y para concentrarse. Puede causar problemas en la vida cotidiana y tener dificultades para aprender.

Los adultos suelen tener dificultad para concentrarse. A menudo se sienten inquietos, impacientes y distraídos. Pueden tener dificultades para organizar su vida privada y su trabajo. No afecta a la inteligencia.⁵⁵

Embarazo

Test de embarazo en orina (monoclonal Beta-HCG)

Para una prueba de embarazo en orina, hay que sacar la tira de la bolsa de aluminio del test y recoger la orina en un recipiente. Introducir la tira en la muestra de orina hasta la línea marcada durante 10 segundos. A continuación hay que sacar la tira del recipiente que contiene la orina y ponerla en una superficie limpia, plana y seca. Esperar 1-2 minutos y leer el resultado. Algunos resultados positivos pueden ser interpretados antes.

En caso de embarazo, aparecen dos líneas: la de la prueba y la de control. En caso de no embarazo, sólo la de control.⁵⁶

Test de embarazo en orina (monoclonal Beta-HCG) Anticoncepción de emergencia ^{57 58 59 60}

1- Levonorgestrel (LNG)

Levonorgestrel 1 dosis de 1,5 mg, dentro de las primeras 72 horas poscoitales. La tasa de errores es del 1% y supone la reducción del riesgo de embarazo en un 85%. Por su mayor eficacia y tolerancia es, hoy en día, el tratamiento de elección.

2.- Dispositivo intrauterino

Puede ser utilizado como anticoncepción de emergencia hasta 120 horas después del coito, y su principal mecanismo de acción es antiimplantación. La tasa de errores es inferior al 1%. Presenta el inconveniente de que precisa de médicos especialistas para su aplicación, cosa que ha hecho que su uso como anticonceptivo de emergencia no esté muy extendido.

4.- Otros métodos

La RU 486 es un esteroide sintético con actividad antiprogestacional, comercializada con la única

indicación de finalización voluntaria del embarazo. Se tiene que utilizar en medio hospitalario y antes de los 49 días de gestación, y eso hace que no podemos utilizarlo como AE, a pesar de su alta eficacia.

MECANISMOS DE ACCIÓN DE LA ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.

El mecanismo de acción de los anticonceptivos de emergencia es variado y aún no se conoce con certeza cuál es el fenómeno fisiológico que evita el embarazo, pero se cree que actúa con los siguientes mecanismos:

- Inhibición o retraso de la ovulación.
- Alteraciones del transporte tubárico del óvulo. (Principal mecanismo de acción del DIU).
- Efecto luteolítico.

- Acción sobre el endometrio. Los progestágenos, administrados después del coito, retrasan la maduración del endometrio e impiden la implantación del blastocito. Parece ser que el efecto primordial de la anticoncepción de emergencia se produce en este nivel.

CONTRAINDICACIONES

La única contraindicación absoluta es el embarazo, y

no por la posible acción teratogénica de la pauta hormonal, que no existe, sino porque, una vez implantado el blastocito, la anticoncepción de emergencia ya no es efectiva, y por lo tanto no tiene sentido su administración.

MÉTODOS UTILIZADOS EN NUESTRO MEDIO

Actualmente disponemos de dos preparados de Levonorgestrel comercializados como anticoncepción de emergencia: NorLevo y Postinor. Dada la facilidad actual que existe para su obtención (se puede adquirir en cualquier farmacia sin necesidad de prescripción facultativa o bien en cualquier centro hospitalario de forma gratuita), la seguridad del fármaco y la buena tolerancia del mismo se considera el fármaco de elección como anticonceptivo de emergencia.

MANEJO CLÍNICO

Se debe hacer una entrevista clínica que recoja los antecedentes personales, riesgo de enfermedades de transmisión sexual y sobre todo la fecha de la última regla normal y día y hora del coito sin protección. Después y si aún no han pasado 72 horas, se puede indicar la píldora postcoital de Levonorgestrel, que

es más eficaz cuanto antes se administra. Si han pasado más de 72 horas se puede recomendar la inserción de un DIU que es eficaz hasta el quinto día postovulación.

Se tiene que informar a la mujer que su próxima menstruación puede aparecer antes o después de lo esperado, pero que normalmente no habrá cambio de fechas, aunque tendrá que consultar a su médico si se produce un retraso de más de 7 días.

Interrupción voluntaria del embarazo^{61 62}

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

- a. Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- b. Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada

en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

- a. Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.
- b. Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.
- c. Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad

extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

En las diferentes comunidades existen listados de las clínicas autorizadas para la interrupción voluntaria del embarazo.⁶³

RELACIONES SEXUALES

La asesoría en cuanto a las relaciones sexuales comprende disminución de riesgo, facilitar la realización de pruebas de embarazo y la información sobre la anticoncepción de emergencia.

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE SEXO MÁS SEGURO, CON DISTRIBUCIÓN DE PRESERVATIVO, Y LUBRICANTES

Los programas de promoción de sexo más seguro deben proporcionar información, entregar preservativos y ayudar a que los individuos desarrollen habilidades personales que les permitan cambios en sus conductas y negociar el uso del preservativo con sus parejas.

Estas intervenciones pueden realizarse durante la entrega de preservativos, en el curso de la atención sanitaria o durante un taller o curso de preparación.

Los talleres pueden tener escasa atracción y, en ocasiones, es conveniente que sean remunerados. Son temas a tener presente en los talleres, la negociación con la pareja del uso del preservativo, cómo usarlo adecuadamente, las prácticas sexuales en las que es conveniente utilizarlo. Preservativo masculino y femenino. Prevención de infecciones de transmisión sexual. Métodos anticonceptivos, cremas lubricantes, métodos barrera para la menstruación. Actuación frente a la rotura accidental del preservativo y posible utilización de medicamentos para evitar el embarazo.

Conviene abordar las revisiones ginecológicas. Principales factores de riesgo ante el cáncer ginecológico y de recto. Seguridad personal para las personas que realizan la prostitución en la calle. Situación legal y social.

Recomendaciones en el uso del preservativo o condón. Masculino y femenino

El método más utilizado para prevención de enfermedades de transmisión sexual y evitar el embarazo es el preservativo o condón. Los

espermicidas (jaleas químicas, espumas, cremas o óvulos que, metidos en la vagina con anterioridad a la relación sexual, actúan frente a los espermatozoides) o la esponja vaginal (esponja sintética blanda impregnada de espermicida, que se humedece y se mete en la vagina, sobre el cérvix, con anterioridad a la relación sexual) son también eficaces para prevenir determinadas enfermedades. No evitan la transmisión del VIH.

Principales recomendaciones en el uso de preservativos

Utilizar preservativos o condones de calidad, comprobar la fecha de caducidad

Manejar el preservativo con cuidado (uñas, dientes, anillos pueden rasgarlo)

Colocar el preservativo antes de cualquier contacto genital.

Usarlo durante toda la penetración. Tras la eyaculación, retirar el pene lentamente antes de que haya desaparecido la erección, sujetando el condón por su base. En el caso del femenino, retirar el condón cogiendo por el aro grande que ha quedado fuera.

Usar un condón nuevo cada vez que se realice una penetración.

Nunca usar un condón encima de otro, pueden romperse.

Lubricantes

Los lubricantes son líquidos o pomadas que facilitan la penetración. Hay de diferentes sabores que se pueden utilizar externamente o para sexo oral.

Para la penetración, se deben utilizar lubricantes hidrosolubles o acuosos, a base de agua. Nunca utilizar lubricantes a base de aceite o grasa (vaselina, crema de manos) porque debilitan los preservativos y provocan su rotura.

Información sobre prácticas sexuales

Penetración anal sin condón. Alto riesgo. El revestimiento del ano es muy frágil por lo que la penetración anal puede dañar dicho revestimiento y facilitar el contagio a partir de una persona infectada con el virus VIH, hepatitis B o alguna enfermedad de transmisión sexual.

El uso de preservativo -condones extrafuertes con lubricante de base de agua- disminuye el riesgo.

Penetración vaginal sin condón: alto riesgo. Implica un riesgo para la persona penetrada y la que penetra. Si una persona tiene una enfermedad de transmisión sexual (gonorrea, sífilis), hay más posibilidades de

infección. Durante la menstruación el riesgo de transmisión o de infección aumenta.

El uso de preservativo -condón masculino o femenino con lubricante de base de agua- disminuye el riesgo.

Mamada, francés, felación, relación boca-pene sin condón: riesgo posible. El uso de preservativo -condón sin lubricar, es más agradable- disminuye el riesgo. Hay que evitar retener el semen en la boca.

Cunnilingus, relaciones boca-vagina. Riesgo posible. Si la mujer tiene la menstruación, el sexo oral es más arriesgado. El herpes se puede transmitir por el sexo oral por lo que es recomendable no realizar esta práctica si la persona tiene ampollas, llagas o costras en la vagina o alrededor o la otra persona en la boca. heridas en la mucosa bucal, aunque puede no conocerse.

El riesgo disminuye si se utiliza una barrera, protector dental o “dental-dam”, que es un producto de látex transparente. Puede sustituirse por un recorte cuadrado de plástico para envolver alimentos o recortar un condón a modo de barrera.

Masturbación, pajas. No implican riesgo. Los gérmenes no suelen pasar a través de la piel en un

estado normal. El riesgo existe en caso de que hubiera una herida, ampolla o llaga en mano.

Beso: no es motivo de contagio de VIH

Beso negro o relación oral-anal. Sin protección, comporta un riesgo alto de transmisión de sífilis y hepatitis B, así como de infecciones intestinales. No es fuente de transmisión de VIH. Se recomienda utilizar una membrana protectora de látex o un condón cortado a lo largo.

Fist Fucking: (penetración anal con el puño), **meter el dedo en el ano, lluvia dorada** (orinar encima de otra persona) y **defecación encima de otra persona.** Existe cierto riesgo que se puede eliminar utilizando guantes de látex lubricados en el caso de las penetraciones. Se debe evitar el contacto con la orina y las heces fecales ya que se pueden contraer infecciones intestinales.

Prácticas sadomasoquistas: comporta riesgo de contagio toda práctica en la que haya contacto directo sangre-semen o fluidos vaginales. Consoladores, vibradores, juguetes sexuales pueden transmitir el virus VIH y hepatitis, si se usan con distintas personas sin protección.

La salud cuando se vive en la calle

Se disminuye el riesgo si se utilizan los juguetes sexuales con condón (un condón por juguete y persona).

Masajes, caricias: ningún riesgo.

CHEMSEX

Chemsex: uso de sustancias químicas para facilitar las relaciones sexuales e intentar mantenerlas durante horas hasta días. Cuando se utilizan por vía inyectable implican los riesgos de transmisión de enfermedades infecciosas como hepatitis B, C, HIV

PROSTITUCIÓN

La prostitución aporta dinero de forma rápida y genera el desplazamiento de personas a través de distintos países.

En la mayoría de ciudades existen proyectos dirigidos a las personas que ejercen la prostitución. Comprenden exámenes de salud, entrega de preservativos, información para disminuir los riesgos derivados de la relación sexual y de la indefensión física. Estas actuaciones suelen emprenderse en un contexto social y legal de tolerancia de la prostitución.

Los programas existentes logran establecer de forma efectiva el contacto porque son gratuitos,

anónimos, de asistencia inmediata y con un adecuado nivel de relación. Es más difícil abordar los problemas psicológicos, ya que rara vez los equipos asistenciales logran ir más allá de las tareas de educación sanitaria o realización de exámenes de salud.

Sin embargo, el abordaje de la prostitución en el plano general es extraordinariamente complejo. Para muchas personas es difícil encontrar otra forma de mantenimiento. Algunas ya hacían la prostitución en otros países y no tienen ninguna formación laboral o la diferencia de ingresos en relación a actividades diferentes es abismal. Otras no tienen regularizados los papeles para acceder a un puesto de trabajo. Como resultado, en las ciudades de destino, a través de la prostitución, se encuentra dinero y fuera de la prostitución hay escasas alternativas.

No es un terreno sencillo. Las personas que defienden la prohibición denuncian la explotación de hombres y mujeres a cambio de dinero. En el otro extremo, se defiende el libre derecho al ejercicio de la prostitución, con todas las garantías laborales.

En Suecia, la prohibición se centra en el cliente sobre la idea de que sin cliente no hay servicio. Desde 1999 la ley sueca prohíbe comprar servicios sexuales, frente a la actual tendencia de legalizar la prostitución de Holanda, Dinamarca y Alemania.⁶⁴

Holanda legalizó el 1 de octubre de 2000 los burdeles, prohibidos desde 1911^{65 66 67}. Se sigue penalizando, sin embargo, el tráfico de personas para su prostitución, la prostitución forzosa y la de menores, con penas de hasta ocho años de prisión. Con la aprobación se cita que se ha adaptado la ley a la realidad, para poner fin a situaciones injustas e inadmisibles del sector de la prostitución. Las autoridades holandesas intentan controlar mejor el sector, donde se calcula que trabajan 25.000 prostitutas, a través de legalizar la prostitución ejercida por los mayores de edad y endurecer la actuación penal contra aquellos que fuercen a otra persona a prostituirse. Las prostitutas de otros países de la Unión Europea pueden ejercer sus actividades en Holanda.

Las personas que ejercen la prostitución están obligadas a hacer la declaración de la renta y pagar sus impuestos como cualquier otro trabajador. Sin embargo, no existe derecho a recibir un subsidio de desempleo cuando dejan de ejercer esta actividad y han de apuntarse a la oficina de empleo como demandantes de trabajo. El gobierno holandés considera que, tras la modificación de la ley, su prohibición sería contraria a la Constitución holandesa, que reconoce el derecho a la libre elección de trabajo.

Esta ley, que ya había sido aprobada en Dinamarca, no está exenta de polémica, ya que numerosas corrientes feministas opinan que no se puede equiparar la prostitución a otras actividades laborales. Para el Hilo Rojo, el sindicato de prostitutas holandesas, la legalización supuso una oportunidad para modificar la situación y la emancipación que ello conlleva, si bien el curso del proceso es lento⁶⁸. Los ayuntamientos holandeses han de contar con una persona a la que puedan acudir las prostitutas con el fin de pedir asesoramiento y presentar quejas sobre la gestión del negocio.

En Alemania, donde se estima que trabajan 400.000 prostitutas⁶⁹, el 1 de enero de 2002 entró en vigor una ley impulsada por el gobierno de socialdemócratas y verdes que permite que las mujeres y hombres que se prostituyen puedan firmar contratos de trabajo, cotizar a la Seguridad Social, tener derecho al subsidio de desempleo y a la jubilación, además de poder perseguir judicialmente a la clientela que no abone lo pactado.

A pesar de reconocer que leyes de esta índole permiten a las mujeres y hombres que se prostituyen salir del oscurantismo, numerosas asociaciones de mujeres no son partidarias de este tipo de iniciativas, ya que consideran que, antes de legislar, es necesario

garantizar que las personas prostitutas lo son por voluntad propia y que pueden abandonar la prostitución si así lo desean. A menudo, la prostitución se ejerce bajo coacción o por necesidad, no por voluntad personal

En la práctica, sin embargo, poco ha cambiado en Alemania. Las afiliaciones a la Seguridad Social se dan en casos aislados, fundamentalmente para no pagar impuestos. A pesar de ello, desde la Asociación Federal de Servicios Sexuales, creada tras la reforma legal, se considera que la ley es importante por reconocer derechos a las prostitutas.

La decisión no es sencilla y la aplicación de diferentes políticas en el plano internacional tiene repercusiones en el flujo de personas hacia uno u otro país en función de la legislación vigente. El dilema actual se centra en si la prostitución es una forma de explotación que debe ser abolida o una profesión que hay que reglamentar. En esta polémica aparecen dos tendencias. Quienes quieren erradicar la prostitución —como la Coalición no gubernamental contra la Trata de Mujeres—, y los grupos, que consideran a las personas que ejercen la prostitución “trabajadoras del sexo” y defienden sus derechos. La línea divisoria entre los dos campos es la distinción entre la prostitución “libre” y la prostitución “forzada”.⁷⁰

La Plataforma de Organizaciones de Mujeres por la abolición de la prostitución y la Red de Organizaciones Feministas contra la Violencia de Género, con el apoyo de 70 organizaciones de mujeres más, entienden que no cabe equiparar la prostitución a una relación laboral, sino más bien a una forma de explotación y de violencia de género, que sólo beneficia a proxenetas y a prostituidores, al tiempo que profundiza la explotación de miles de seres humanos y representa un atentado al estatuto de igualdad y a la dignidad humana⁷¹. En tanto otras asociaciones defienden la reglamentación⁷² y que las personas implicadas tengan más voz y no se decida por ellas.

Mientras llega el consenso internacional, se hace conveniente seguir prestando el apoyo social sanitario a las personas que ejercen la prostitución y desarrollar las leyes laborales y de acogida que pueden ofrecer alternativas.

Atención al consumo de drogas

En la atención a consumidores de drogas no legales (cocaína, heroína principalmente) con historiales de consumo de larga evolución, fracaso reiterado en los tratamientos, alteración de sus capacidades y cronificación de su estado, con el impacto que esto conlleva en su salud se requiere fundamentalmente

diferentes dispositivos y programas.

Recursos más utilizados:

- Centros de atención y seguimiento (CAS). Centros especializados para la atención a pacientes con dependencia a diversas sustancias.

. - UNIDAD DE CRISIS. Situación de crisis (consumo) que requiere ingreso inmediato. Duración del ingreso, 1 semana. Necesidad de crear un mayor número de unidades a nivel estatal.

- Unidad de desintoxicación hospitalaria. UHD. Atención a la desintoxicación en régimen de hospitalización. Tratamiento farmacológico, orientación terapéutica y educación sanitaria. Estancia de 15 días, aproximadamente.

- Comunidad terapéutica (CT). Asistencia en régimen comunitario. Suelen implicar una fase de acogida (régimen abierto y diurno), fase residencial (propia de comunidad terapéutica) y fase de reinserción social. Hay la posibilidad de realizar medidas penales alternativas por orden judicial. Derivación con protocolo específico. Suelen tener inspiración religiosa. Algunas comunidades son gratuitas pero no siempre admiten tratamiento farmacológico. Se realiza la coordinación a menudo por vía telefónica y la derivación es directa con la

persona. Coste aproximado de plaza en CT: 300€/mes

- Recursos especializados para VIH. Coordinación telefónica y derivación con solicitud de admisión específica. Se adjunta generalmente: informe social, informe médico actualizado (psiquiátrico y toxicológico), fotocopia DNI, tarjeta sanitaria.

- Pisos tutelados. Se requieren formularios específicos. Mínima tutela, soporte terapéutico, vida independiente y gestión económica. Coste aproximado 300€/mes.

- Unidades patología dual. Suele haber dos tipos de unidades hospitalarias a) trastorno mental + desintoxicación de heroína, cocaína y/o metadona y b) trastorno mental, alcohol y otros tóxicos como benzodiazepinas. La coordinación se suele hacer entre el médico del centro que deriva y el de la unidad y los trabajadores sociales respectivos.

- Programas de atención psicopatológica individual (PSI): seguimiento individual en hospitales enfocado a supervisar personas sin domicilio. Programas para inmigrantes y refugiados.

Tanto en los recursos especializados como en los pisos tutelados es difícil la derivación y

mantenimiento del consumidor en activo ya que este tipo de recursos son libres de drogas.

Se observan cada vez más casos con consumos y problemática mental asociada (inducida o no por el uso de sustancias), por lo que se requiere la creación de un mayor número de unidades de patología dual” y una mejor coordinación/derivación con los centros de salud mental, PSI (Programa de seguimiento individual), unidades de tratamiento hospitalario (agudos, subagudos, alta dependencia psiquiátrica, hospital de día) y Servicios de rehabilitación.

Entre la población inmigrante encontramos cada vez con mayor frecuencia esta situación, lo que hace necesario contactar con servicios y programas todavía más especializados en atención psicopatológica y social para inmigrantes y refugiados, así como aumentar la formación profesional en mediación y transculturalidad.

CONSUMO DE SUSTANCIAS NO PRESCRITAS

Atención al consumo de drogas. .Ingreso en unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH) inicios de tratamiento según sustancia de consumo.

Ingreso en una comunidad terapéutica, centro residencial y/o piso de inserción.

Situación legal del consumo de drogas

En lugares públicos está despenalizado en España desde 1992 y sometido a una sanción administrativa. La misma situación existe en Italia desde 1993 y en Portugal desde el año 2000. Paradójicamente, Francia es el país más restrictivo con su famosa ley de 1970 que puede llevar al consumidor a la prisión.

Movimiento de asociaciones de usuarios

Ha encontrado un gran desarrollo en Francia, en la mayoría de las grandes ciudades. En España existen grupos principalmente en Cataluña. Los **proyectos comunitarios** que han conseguido una cooperación con el vecindario, los usuarios y administraciones son anecdóticos, destacando alguna excelente experiencia en París.

Consumidores de drogas en situación socialmente deprimida.

Son personas, en muchos casos, sin las necesidades básicas cubiertas. A menudo han perdido los vínculos con la familia, amigos y trabajo. Algunos viven en hostales, otros en la calle, otros

dependiendo de las plazas existentes en los albergues sociales. Sus pertenencias, que en muchas ocasiones caben en una mochila, las llevan encima, si hay suerte y no las pierden ni se las roban. Descansan donde pueden (parques, metro, cajeros), caminan constantemente de un lugar a otro para buscarse la vida.

La policía los para varias veces al día. Se alimentan de dulces, bocadillos o acuden a los comedores sociales. Cuando llega la noche, tienen que buscar un sitio para dormir, habiéndose asegurado la dosis de la mañana siguiente y han de vigilar para que no sean asaltados durante la noche.

Vías de administración

La absorción de sustancias en el organismo puede ser por diferentes vías: a través de la piel, aparato digestivo (o ingerida por la boca), por mucosas (rectal, nasal, bronquial y pulmonar) o por vía parenteral (a través de punciones). Los efectos varían según la vía utilizada y las características de cada persona.

Administrada por vía nasal, la sustancia se absorbe por los vasos sanguíneos de la mucosa nasal y pasa al sistema venoso general. Las sustancias inhaladas o fumadas, a través del pulmón llegan a la sangre y actúan rápidamente en el cerebro.

El consumo de drogas no legales se hace habitualmente por vía nasal (esnifar o absorción en gotas), bronquial y pulmonar (inhaladas o fumadas) o bien por inyección en vena.

La vía intravenosa añade al riesgo propio de cada sustancia la posibilidad de facilitar el paso a la sangre de infecciones procedentes de la piel, del material utilizado o de otras personas si se han compartido instrumentos o la misma droga.

Consumo de sustancias no prescritas

El problema se relaciona con los trastornos físicos, psíquicos, sociales, laborales. Trastornos que puedes ser evidentes o pasar desapercibidos.

Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España 2022

Substancias	% Porcentaje de personas de 15 a 64 años, que han hecho consumo en los últimos 12 meses
Alcohol	76
Tabaco	39
Hipnosedantes (con o	13

sin receta)	
Cannabis	10,6
Cocaína	2,4
Heroína, disolventes volátiles, anfetaminas, ketaminas.,	<2,4

ALCOHOL

Es la sustancia psicoactiva más consumida en España. Más del 76% de las personas entre 15 y 64 años lo han consumido en los últimos 12 meses.

El alcohol en dosis muy altas provoca una sedación profunda seguida de una depresión respiratoria, finalmente coma y muerte.

Disminución de la glucosa en sangre con disminución del nivel de conciencia que puede complicar el tratamiento de una intoxicación por alcohol.

Disminución de la sensación de frío, con lo que en fases de bajas temperaturas puede tener lugar muertes por congelación al estar distorsionada la percepción en el organismo de las bajas temperaturas.

La salud cuando se vive en la calle

El consumo crónico produce alteraciones generalizadas en el organismo,

Digestivas: gastritis, vómitos, frecuentemente matutinos

Hepáticas: hepatitis, cirrosis

Musculares: destrucción muscular

Neurológicas, llegando incluso a la demencia.

En los análisis de sangre se puede hallar macrocitosis, con o sin anemia, elevación de glucosa triglicéridos, ácido úrico, transaminasas AST/GOT, ALT/GPT, gammaGT (marcador sensible del consumo de alcohol), CK total. Puede afectar también vitamina B Vitamina B1 (Tiamina) Vitamina B2 (Riboflavina) Vitamina B3 (Nicotinamida) Vitamina B6, Vitamina B12

En el manejo de la persona consumidora de alcohol es interesante establecer alguna medida valorable. Hemos utilizado de forma efectiva los alcoholímetros.

La salud cuando se vive en la calle



12/11/2018	26/11/2018	29/05/2019
0,94	0,91	0,15

La salud cuando se vive en la calle

Consumo previo 1 l vino	1 l vino	Nada
-------------------------------	----------	------

El máximo permitido para quienes manejan vehículos es de 0.5 g de alcohol por litro de sangre

COMPARATIVA

Nivel de alcohol en sangre	Número de copas de vino de 200 ml para una persona de 70 kg 	Síntomas y efectos principales
0.2	1	no hay síntomas significativos
0.5	2	manejar empieza a ser peligroso
1.0	4	la coordinación se ve muy afectada
1.5	6	todas las facultades muy afectadas
4.0	6	pérdida de la conciencia, riesgo de muerte

Self suply, suministro seguro⁷³

Surge de la consideración de que el suministro de drogas no regulado es impredecible. Tanto en cantidad, cualidad, como incluso en las circunstancias de la compra de sustancias. Se plantea como alternativa el suministro con regulación legal, a partir de medicamentos legales⁷⁴. Es una estrategia para reducir los riesgos de eventos de toxicidad por drogas ilícitas y muertes.⁷⁵

ANFETAMINAS

Los estimulantes tipo anfetamina, metanfetamina y MDMA son drogas ilícitas ampliamente distribuidas por todo el mundo.

El consumo de metanfetamina también conocida como desoxiefedrina, es un fenómeno creciente a escala mundial: varios estudios epidemiológicos

demuestran que los estimulantes de tipo anfetamínico, categoría en la que se incluye la metanfetamina, son las drogas ilícitas más utilizadas en el mundo después del cannabis, con ≤ 51 millones de usuarios globales entre las edades de 15 y 64 años⁷⁶. En España, un 0,9% de la población entre 15 y 64 años reconoce en encuestas recogidas entre 2019-2020 el uso de metanfetamina alguna vez en su vida, frente al 0,6% registrado en 2015.^{77 78} (2,3).

Shabú es el nombre que recibe el clorhidrato de metanfetamina en el sudeste asiático. Habitualmente se encuentra en forma de polvo cristalino para su consumo vía fumada. Puede tener un uso laboral con el objetivo de mantener largas jornadas laborales, así como uso recreativo.

Las complicaciones cardiovasculares relacionadas con su abuso engloban desde la hipertensión arterial, el síndrome aórtico y coronario agudo, la hipertensión pulmonar, arritmias malignas, miocardiopatía dilatada, por estrés y posiblemente la hipertrófica.⁷⁹

Con esta deformación del mercado laboral se pone de manifiesto que es una sustancia que permite trabajar y consumir de forma más normal que otras sustancias.

éxtasis, o 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA). También es bien conocido el uso deliberado de la ketamina asociado algunos patrones de policonsumo, como por ejemplo la droga llamada “Calvin Klein” (CK), combinación de cocaína y ketamina, o el “Tusibi” (o Tussi), que generalmente contiene ketamina, MDMA y cafeína. Esta combinación persigue imitar los efectos de la droga alucinógena 2-CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina)⁸⁰.

Metanfetaminas. Sobredosis aguda

Las manifestaciones de sobredosis aguda por anfetaminas incluyen inquietud, temblor, hiperreflexia, respiración rápida, confusión, comportamiento agresivo, alucinaciones, estados de pánico, aumento de temperatura y destrucción muscular. Tras la estimulación del sistema nervioso normalmente se producen fatiga y depresión. Los efectos cardiovasculares incluyen arritmias, hipertensión o hipotensión y colapso circulatorio. Los síntomas gastrointestinales incluyen náuseas, vómitos, diarrea y calambres abdominales. La intoxicación letal suele venir precedida por convulsiones y coma.

No existe ningún antídoto específico para la sobredosis de anfetaminas. El tratamiento de la intoxicación aguda por anfetaminas es principalmente sintomático y puede incluir la administración de carbón activado, administración de un catártico o depuradores y sedación.⁸¹

ANFETAMINAS. Sustancias relacionadas

Algunos equipos han explorado la utilización de medicamentos registrados para una disminución o sustitución del consumo de metanfetaminas.^{82 83}

Cabe decir que ninguna de estos medicamentos tiene la indicación de tratamiento sustitutivo.

Elvanse^r 30mgs, 50mgs, 70mgs. Lisdexanfetamina dimesilato. Está indicado como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Déficit de Atención - Hiperactividad (TDAH) en niños a partir de 6 años, cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada. En adolescentes cuyos síntomas persistan hasta la edad adulta y que hayan mostrado claro beneficio al tratamiento, puede ser adecuado continuar con el tratamiento en la edad adulta⁸⁴.

La dosis de inicio es 30 mg una vez al día por la mañana. Puede aumentarse en incrementos de 20 mg a intervalos de aproximadamente una semana. Debe administrarse por vía oral a la dosis efectiva más baja.

La dosis máxima recomendada es de 70 mg/día; dosis superiores no se han estudiado.

Concerta^r, Ritalin, Metilfedinato⁸⁵, Medikinet⁸⁶

Su composición es Metilfenidato, hidrocloreto. Se utiliza para tratar “el trastorno por déficit de atención con hiperactividad” (TDAH). Se utiliza en niños a partir de 6 años y en adultos. Solo tras haber probado antes tratamientos que no incluyan medicamentos, tales como la terapia de comportamiento y asesoramiento. Es importante saber si existen antecedentes familiares de muerte súbita inexplicable. El alcohol puede agravar los efectos adversos de este medicamento. puede ser peligroso realizar ciertas actividades como conducir, manejar máquinas, montar en bicicleta o a caballo o trepar a los árboles. a dosis inicial recomendada es 18 mg al día. La dosis máxima diaria es 72 mg en adultos.⁸⁷

Efedrina

El hidrocloreto de efedrina es un estimulante de receptores adrenérgicos alfa y beta, que actúa como broncodilatador. Puede ocasionar ansiedad, insomnio, dolor de cabeza y mareo. Temblores y debilidad muscular. Taquicardia y palpitaciones dolor precordial. Náuseas, vómitos y sequedad de boca. Retención urinaria.⁸⁸

London InterCommunity Health Center (LIHC) lanzó un programa de suministro de opioides más seguro en 2016⁸⁹. *Self Supply* ha tenido especial desarrollo coincidiendo con las limitaciones de la epidemia de Covid.⁹⁰

Síndrome de abstinencia de opiáceos

El síndrome de abstinencia aparece varias horas después del último consumo. Provoca deseo de consumir nuevamente agitación, dolores en los músculos y en los huesos, insomnio, diarrea y vómitos, escalofríos.

Los síntomas alcanzan en el caso de la heroína su punto máximo de 48 a 72 horas después del último consumo y se calman después de una semana aproximadamente.

OPIÁCEOS (derivados de planta), Opioides (sintéticos)

Se usan como analgésicos y también en programas de mantenimiento.⁹¹

Opiáceos

Codeína, hidrocodona, hidomorfona
Tramadol

Metadona
Suboxone
Buprenorfina subcutánea de liberación prolongada (Buvidal ^f)
Morfina
Heroína
Oxicodona
Fentanilo
Metadona

Codeína

opioide sintético que se usa principalmente en parte como analgésico y antitusivo que sólo puede obtenerse con receta médica⁹². En analgesia se suele utilizar combinado con paracetamol⁹³ o antiinflamatorios.

Tramadol

La dosis debe ajustarse a la intensidad del dolor y a la sensibilidad individual de cada paciente. Se debe utilizar la dosis efectiva más baja para la analgesia.

No deberían superarse dosis diarias de 400 mg de hidrocloruro de tramadol, a no ser que se trate de circunstancias clínicas especiales.⁹⁴

Con frecuencia da efectos indeseables de tipo neurológico.

Hidrocodona

La hidrocodona es un opioide sintético que se usa principalmente en parte como analgésico y antitusivo que sólo puede obtenerse con receta médica.

Hidromorfona

La hidrocodona es un opioide sintético que se usa principalmente en parte como analgésico y antitusivo que sólo puede obtenerse con receta médica

Se suele utilizar una vez al día en forma de comprimidos de acción prolongada.⁹⁵

Tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos

Los tratamientos de mantenimiento incluyen la administración individualizada de los agonistas opioides (metadona, buprenorfina y otras)⁹⁶

Hoy en día se hace objetivo que estos tratamientos se realizan en dos contextos distintos. Personas que quieren dejar de consumir heroína y personas que lo compatibilizan con heroína: para bajar la dosis de heroína y emplear también menos dinero..

Es importante determinar en qué escenario de los dos se está realizando el mantenimiento.

METADONA

El clorhidrato de metadona es un polvo cristalino de sabor amargo. Este polvo se prensa en comprimidos (Metasedin¹) o se disuelve en líquido (solución de metadona).

Es un derivado del opio sintético con propiedades farmacológicas fundamentalmente como analgésico. Sus características químicas hacen que se pueda administrar por vía oral, que no “coloque”, que su efecto sea más duradero y que no se produzcan las subidas y bajadas de la heroína. Es una alternativa al consumo de heroína y puede ser la base para empezar a regularizar la vida del consumidor de drogas, en el curso de lo que se ha denominado programas de mantenimiento con metadona. Es el más frecuente tratamiento de la adicción a opiáceos en nuestro país. Su uso se asocia a disminución del consumo de la heroína, mejoría de la calidad de vida y disminución de los hábitos de compartir jeringas.

No tiene interacciones con medicamentos usados para tratamiento frente al VIH, Biktarvy, Dovato, Truvada y posibles interacciones con Triumeq, Juluca, Cabotegravir, Rilpivirina⁹⁷

En relación con los medicamentos más utilizados en el tratamiento de la hepatitis C, con Epclusa y Maviret no hay interacciones.⁹⁸

Vender, dar o compartir metadona puede considerarse delito de tráfico ilegal de sustancias estupefacientes. La metadona es un medicamento estupefaciente de uso restringido y controlado, sujeto al convenio de sustancias estupefacientes de Viena.

En los programas de mantenimiento con metadona habitualmente se administra en forma líquida,

Se cuenta con presentaciones de Eptadone 100 mg cada envase de solución oral y Eptadone 5 mg/ml solución oral en que cada ml de solución contiene 5 mg de metadona

En las farmacias comunitarias se dispensan con receta oficial de estupefacientes⁹⁹ o receta electrónica, como Metasedin^r comprimidos de 5mgs. Los comprimidos de 30 y 40mgs son de uso interno hospitalario, no para la dispensación ambulatoria. Resulta una limitación en la diversificación de tratamientos.

Hay farmacias que colaboran con los programas de agonistas opiáceos (entre ellos metadona)¹⁰⁰ y, de acuerdo con los médicos prescriptores, administran la medicación. Son una alternativa a los centros de atención y seguimiento (CAS).

METADONA INYECTADA

Existe una presentación de metadona para su utilización subcutánea en el tratamiento del dolor.

La metadona líquida para el tratamiento de mantenimiento no está preparada para el consumo intravenoso. Pero algunas personas han experimentado que es más placentero el consumo por esta vía que implica mayores riesgos.

En general supone un mayor volumen a inyectar y puede tener riesgos de embolias. Guarda el mismo riesgo de flebitis, habitual de la metadona.

Ha habido acciones dirigidas a limitar las posibilidades de utilización por vía inyectable. A partir del tratamiento directamente observado o el establecimiento de sanciones.

Pero en muchos ámbitos se ha impuesto la disminución de riesgos, aceptando el consumo en salas y aportando recomendaciones para una inyección más segura.

Introduce a la conveniencia de la reflexión sobre el tratamiento de mantenimiento por vía intravenoso con opiáceos, tipo heroína.

BUPRENORFINA

La buprenorfina se une lentamente pero con gran afinidad a receptores opiáceos y una larga duración de la acción. Puede bloquear los efectos de opiáceos administrados posteriormente

Debido a la mayor vida media de metadona, el cambio a buprenorfina puede ser más difícil que el de heroína. Se recomienda que siempre que sea posible la dosis de metadona deberá ser ajustada a menos de 30 mg y al menos permitir 24 h de tiempo transcurrido entre la dosis final de metadona y la primera dosis de buprenorfina, preferiblemente cuando los signos de abstinencia son evidentes.¹⁰¹

Suboxone. Buprenorfina/Naloxona

Comprimidos sublingual contiene 2 mg de buprenorfina (como clorhidrato) y 0,5 mg de naloxona, hasta 16 mgs de buprenorfina y 4 mgs de naloxona. Se usa como tratamiento de sustitución de la dependencia de opioides,. La finalidad del componente naloxona es impedir el uso indebido por vía intravenosa.

Suboxone está indicado en adultos y adolescentes mayores de 15 años, que han dado su conformidad para recibir tratamiento para su adicción.¹⁰²

Se ha establecido que la inducción se lleva a cabo mejor 4 h después de la última dosis de 4-8 mg el primer día, si es necesario en dosis divididas y 8-16 mg el segundo día.¹⁰³

Buvidal. Buprenorfina subcutánea de liberación prolongada

Contiene el principio activo buprenorfina, Es un intento de reducir el síndrome de abstinencia y el craving en 24 horas bloquear la apetencia a opiáceos.¹⁰⁴

Buvidal está indicado en adultos y adolescentes de 16 años y mayores.

Buvidal de 8 mg, 16 mg, 24 mg y 32 mg se administran de forma semanal. Buvidal de 64 mg, 96 mg y 128 mg de forma mensual.¹⁰⁵

Morfina

Presentación oral de vida media corta y retardada (MST Continus)

La salud cuando se vive en la calle

También en forma intravenosa como cloruro mórfico.

HEROÍNA

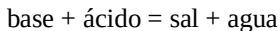
La heroína se obtiene a partir de la morfina, extraída de la bellota de la adormidera asiática. Aparece en polvo blanco o marrón.

Reconocer la sustancia por el olor, color y/o sabor es difícil ya que existen muchas sustancias añadidas que pueden simular las características de la heroína. Los adulterantes más frecuentes de la heroína son la cafeína, paracetamol, piracetam, procaína, lidocaína o benzocaína.

Heroína marrón

La heroína marrón se corresponde con la heroína base. Es más apta para el consumo por vía inhalada o fumada (*fumarse un chino, fumar en plata*). Predomina en las zonas del sur de España, mientras que en el norte tradicionalmente se emplea la heroína blanca que se utiliza inyectada en vena.

Si se quiere utilizar por vía venosa, para hacerla soluble necesita de una sustancia ácida según la reacción



La base sería la heroína marrón. El ácido que habitualmente se usa como disolvente es el ácido cítrico (jugo de limón), ácido ascórbico, ácido acético (vinagre). Hay que recordar que este disolvente, este ácido si se comparte puede transmitir infecciones de la otra persona o ser caldo de cultivo para que se desarrollen gérmenes que con la inyección llegarán al interior del organismo.

Paso de la heroína marrón a la heroína blanca

Si un consumidor por vía fumada o inhalada de heroína marrón acude a una zona donde esta sustancia es difícil de obtener, lo más probable es que pruebe la blanca por vía intravenosa. El cambio de vía conlleva riesgos de sobredosis, desconocimiento de las técnicas de inyección con lesiones venosas y cutáneas y cambios psicológicos por haber pasado a la vía venosa, considerada un paso adelante en la adicción.

Fumar heroína. Hacerse un chino. Fumar en plata, cazar el dragón

El nombre de cazar al dragón procede de la forma del humo, en espiral, que recuerda a la cola de un dragón.

Para fumar la heroína con un papel de plata, se necesita heroína de calidad relativamente buena y sólo es adecuada la heroína marrón o heroína base.

El procedimiento que habitualmente se utiliza: se coloca la heroína marrón en una tira de papel de aluminio; hay que alisarlo con un papel higiénico y quemar la fina capa de plástico. Poner la heroína en la tira de papel de aluminio y se calienta desde abajo el papel de aluminio y la heroína con la llama pequeña de un mechero. La sustancia se derrite y los vapores que emanan son inhalados por un tubito en la boca. El material a utilizar es barato y fácil de conseguir. El riesgo de sobredosis es mínimo y no hay riesgo de infección por VIH.

Heroína blanca¹⁰⁶

En nuestro país, la heroína blanca se corresponde con la heroína en forma de sal (sulfato o clohidrato). Es fácilmente soluble en agua y más apta para el consumo por vía parenteral o inyectada. Para consumir por vía venosa hay que disolver la heroína en agua. El agua utilizada puede ser fuente de infecciones. Se recomienda utilizar las ampollas estériles que se entregan en los programas de intercambio de jeringas.

La heroína blanca tiene un precio más elevado que la heroína marrón. En las zonas mediterráneas se

detecta una mayor presencia de heroína blanca y por tanto se utiliza más la vía inyectada.

Enfermedades asociadas al consumo de heroína

Se relacionan más con la forma de consumir que con la propia sustancia. La inyección intravenosa en condiciones precarias y especialmente compartir el material de inyección favorece la aparición de enfermedades infecciosas como hepatitis, endocarditis, SIDA, infecciones locales. Pueden aparecer infecciones a partir de los disolventes: ácidos (heroína marrón) o agua (heroína blanca) contaminados. La heroína puede tener aditivos – “corte”- que no se disuelven con facilidad y obstruyen los vasos sanguíneos, lo que se conoce por embolias. Los aditivos también pueden ocasionar reacciones alérgicas o procesos inflamatorios en el pulmón, entre otras complicaciones.

El uso crónico de heroína ocasiona colapso de las venas, abscesos, celulitis, estreñimiento.

El principal efecto agudo de la heroína es la depresión del centro respiratorio, que puede llevar a la parada respiratoria, especialmente si se combina con otras sustancias que también deprimen el centro respiratorio.

Programas de mantenimiento con heroína

Son ya numerosas las evidencias de la utilidad de los programas de mantenimiento con heroína.^{107 108 109 110}

En España se realizó el ensayo clínico PEPSA¹¹¹ tras el cual se creó el Centro de Seguimiento PEPSA que permite continuar después del ensayo clínico de la administración por vía intravenosa.

Oxicodona

Sustancia difundida en la década de los 90 en Estados Unidos.

Oxicodona/naloxona es un comprimido de liberación prolongada, lo que significa que sus principios activos se liberan durante un período prolongado de tiempo. Su acción dura 12 horas. Este medicamento está destinado solo para el uso en adultos.

Se usa oxicodona/naloxona para el tratamiento del dolor intenso, que sólo se puede tratar adecuadamente con analgésicos opioides. Se añade hidrocloreuro de naloxona para contrarrestar el estreñimiento¹¹².

Fentanilo

Las características del fentanilo derivan de su mucho mayor potencia que morfina y heroína. En Estados Unidos se atribuye a fentanilo el 80% de las sobredosis, con más de 70.000 muertes por esta causa al año.

Al ser de producción sintética la pureza es mayor – con más alto riesgo de sobredosis para el consumidor experimentado en heroína, altamente contaminada- y también la producción es casi industrial, a diferencia de los cultivos de amapola. Barato en fabricación y fácil de transportar.

En nuestro país hay una sensación de tranquilidad que contrasta con los hábitos de consumo que acaban siendo universales.

La irrupción en nuestras calles tendría efecto devastador, en comparación con el menor efecto de la heroína.

INTOXICACIONES POR OPIÁCEOS

Disminución de		
Nivel de conciencia	Si	Si
Frecuencia respiratoria (normal 15 por minuto)	No	Si
Diámetro de las pupilas (miosis)	No	Sí
Pensar en presencia de	benzodiacepinas	opiáceos

Naloxona

La naloxona es un antagonista opioide que compite con los opioides y bloquea el efecto de otros opioides (incluida la buprenorfina) si se administra por inyección. Es el antídoto de la intoxicación aguda o sobredosis es la naloxona que se administra inyectada por la vía que sea posible: intravenosa, subcutánea, intramuscular. Se absorbe mal por vía oral.

Una vez diagnosticada la intoxicación por opiáceos, opioides con la triada

Disminución del nivel de conciencia + disminución de la frecuencia respiratoria + miosis

Hay que

- a) Pedir ayuda
- b) Plantearse la administración del antídoto naloxona

Tratamiento de la intoxicación con naloxona

Naloxona, ampollas de 1ml, conteniendo 0,4mg de naloxona.

Vía intravenosa: iniciar con $\frac{1}{4}$ o $\frac{1}{2}$ de la ampolla (0,1mg o 0,2mg respectivamente) que suele ser suficiente para recuperar el nivel de conciencia, aumentar la frecuencia respiratoria hacia 15 por minutos y desaparición de las pupilas puntiforme que se hacen mayores.

Puede administrarse $\frac{1}{4}$ de ampolla de forma repetida (cada 2 minutos).

Vía intramuscular: dosis más altas, $\frac{1}{2}$ o 1 ampolla.

Vía nasal: Nyxoid 1,8 mg solución para pulverización nasal en envase unidosis. La dosis recomendada es de 1,8 mg administrados en una fosa nasal (una pulverización nasal). En algunos casos, pueden ser necesarias más dosis. La dosis máxima apropiada de Nyxoid es

específica de cada situación. Si el paciente no responde, la segunda dosis debe administrarse en un plazo de 2 a 3 minutos.¹¹³

Naltrexona

Hay que evitar, si se está tomando metadona, tomar naltrexona (Celupan, Antaxone) pues es antagonista de los opiáceos y provoca síndrome de abstinencia o mono.

BENZODIACEPINAS

Son medicamentos, drogas sintéticas de origen legal farmacéutico utilizadas como tranquilizantes, facilitadores del sueño, anticonvulsivantes y relajantes musculares.

Entre la población consumidora de heroína se emplean cuando no se tiene el dinero suficiente para comprar una dosis de heroína y empiezan a aparecer síntomas de malestar. También se consumen tras un *pico* o inyección alegando la baja calidad de la heroína, cuando no se ha podido tomar la dosis de metadona en personas en programas de mantenimiento cuando se ha creado el hábito de tomarlas.

Los efectos sobre la salud varían. Dependen de las características personales (peso, edad, estado de salud), de la experiencia del consumidor, de la interacción con otras sustancias y la forma en la que son consumidas. Las benzodiacepinas o *benzos* deprimen la actividad mental, reducen el estado de alerta, alivian la tensión y la ansiedad e inducen sensaciones de calma y relajación.

Efectos indeseables

Pueden provocar tolerancia y dependencia física y psicológica después de un tiempo prolongado de consumo. A dosis muy altas o combinadas con alcohol u otras drogas (heroína, metadona) pueden producir disminución del nivel de conciencia. La combinación de *benzos* y alcohol altera la percepción del espacio, el tiempo y la coordinación de movimientos.

- Sedación y alteraciones psicomotoras
- caídas, accidentes.
- Riesgo de deterioro cognitivo y pérdida de memoria. Anestesia emotiva, embotamiento de las emociones. Depresión: causar y agravar.
- Apnea de sueño.
- Incontinencia urinaria.
- **Efectos paradójicos estimulantes.**

- **Dependencia física/psíquica: Sd de abstinencia. Tolerancia: necesidad de aumentar dosis**
- Interacciones con alcohol y psicofármacos.
- Riesgo de intoxicación/sobredosis.

Se desaconsejan durante el embarazo ya que es perjudicial para el feto. Cruzan la barrera de la placenta y puede afectar el crecimiento y el desarrollo del feto. También pueden pasar de la madre al hijo a través de la leche materna.

Se consumen generalmente por vía oral aunque excepcionalmente pueden ser utilizadas por vía intravenosa.

La intoxicación por sí sola nunca da lugar a pupilas de disminuido diámetro, puntiforme, miosis como ocurre con la intoxicación por heroína. Es, pues, una buena forma de diferenciar ambas intoxicaciones.

Intoxicación por benzodiacepinas

Pupilas	No producen miosis o pupilas puntiformes o muy pequeñas. A diferencia de los mórficos.
Antídoto	Flumazenilo (Anexate ^R)

El antídoto o antagonista de las benzodiacepinas es el flumazenilo, Anexate® un antagonista competitivo y es el tratamiento, por vía intravenosa, de las intoxicaciones agudas. Se puede también utilizar con precaución en disminución del nivel de conciencia de causa desconocida.

Iniciar bolus de 0,1-0,25 mg de flumazenilo cada minuto (hasta un máximo de 2 mg)

Revierte los síntomas en 1-5 minutos pero tiene vida media corta (<1h).

En caso de benzodiacepinas de semivida larga, ancianos, antecedentes de insuficiencia hepática utilizar la mediación en sueros con perfusión continua

Precauciones en el uso de flumazenilo:

- en caso de antecedente de epilepsia: riesgo de convulsiones.
- puede provocar arritmias cardíacas (sobre todo, en combinación con antidepresivos tricíclicos).
- en pacientes con uso crónico de benzodiacepinas, puede provocar síndrome de abstinencia.

Retirada de benzodiacepinas.

Exige reflexión y valorar las circunstancias de cada persona.¹¹⁴

SUBSTANCIAS RECOMPENSA

No se puede obviar un fenómeno moda o de mayor uso. Aparecen como medicamentos más deseados algunos que en el momento se están `prescribiendo más.

Alprazolam (Trankimazin^r)^{115 116}

Pertenece a un grupo de medicamentos llamados benzodiazepinas (medicamentos ansiolíticos). Acción media 6-24 horas.

Está indicado para el tratamiento sintomático a corto plazo de la ansiedad en adultos. Alprazolam sólo está indicado cuando el trastorno es grave, incapacitante o somete al individuo a una situación de angustia extrema.

Clonazepam (Rivotril^r)¹¹⁷

Clonazepam Biomed contiene clonazepam como principio activo, el cual pertenece a un grupo de medicamentos conocidos como benzodiazepinas. El clonazepam tiene propiedades anticonvulsivantes, es decir, previene los temblores (convulsiones).

Pragabilina (Lyrica^r)¹¹⁸

Dolor neuropático Lyrica está indicado en el tratamiento del dolor neuropático periférico y central en adultos.

Epilepsia está indicado en adultos en el tratamiento combinado de las crisis parciales con o sin generalización secundaria.

Trastorno de ansiedad generalizada

Se utiliza en la mayoría de las formas de epilepsia del lactante y del niño, especialmente el pequeño mal y las crisis tónico-clónicas. Está igualmente indicado en las epilepsias del adulto, en las crisis focales y en el "status" epiléptico. Más de 24 horas

Agitación Psicomotriz

Pacientes con alucinaciones, lenguaje desorganizado, por alteraciones de la atención, memoria y funciones superiores¹¹⁹.

Es conveniente descartar la existencia de alteraciones en el consumo de sustancias externas del tipo de sobredosis o síndrome de abstinencia. Así como accidente vascular cerebral, traumatismo craneal, porfiria, infección por sífilis o infección por VIH con deterioro intelectual asociado.

La conducta ideal es solicitar ayuda por los servicios psiquiátricos. No es, sin embargo, insólito el hecho

de que no se produzcan estas visitas o no tenga lugar la continuidad en el seguimiento. Hemos de insistir en el cumplimiento de estas visitas, pero si finalmente no tienen lugar se puede recurrir a un tratamiento inicial. Se perseguiría

a) introducir una relación terapéutica con el paciente

b) facilitar la visita con el equipo de referencia de psiquiatría

Risperidona 1 mg cada 12 h y evaluar en tratamiento a las 48 horas. Si ha tolerado bien la medicación y la mejoría es parcial puede aumentarse a 3mgs, 4 mgs al día.

No es un medicamento que habitualmente sea objeto de compra o venta. Puede ocasionar fiebre no justificada o movimientos involuntarios.

Una vez ajustada la medicación puede pasarse a fórmulaciones intramusculares.

Si estaban tomando menos de 4mgs al día, pasar a Risperdal 25mgs cada 2 semanas y para dosis superiores, Risperdal 37,5mgs.

Otros medicamentos similares que podemos ver utilizados son

Clozapina: 150-600 mg./día p.o. en 3 tomas.

La salud cuando se vive en la calle

Olanzapina: 10-20 mg./día p.o. en 2 tomas. (Zyprexa, Zolapren))

Quetiapina: 50-600 mg./día p.o. en 3 tomas

Risperidona: 4-8 mg./día p.o. en 3 tomas.

Ziprasidona: 80-160mg./día p.o. en 2 tomas.

Aripiprazol: 15-30 mg./día p.o. en 2 tomas (Abilify)

Al igual que en otras circunstancias que nos resulta dificultoso conseguir la visita por un médico especialista, intentaremos conseguir el soporte a distancia.

Se intentará hacer un seguimiento de los pacientes a los que se les ha indicado el tratamiento¹²⁰

FARMACOS Z

fármacos Z' (zolpidem, zopiclona)

DISOLVENTES VOLÁTILES

Los disolventes volátiles se consumen vía inhalada. Sus efectos son similares a los del alcohol y las benzodiazepinas. Algunas de estas sustancias tuvieron utilización médica como éter, cloroformo, óxido nitroso (gas de la risa).

Los usuarios suelen empapar un trapo en disolvente u otra sustancia volátil o introducirlo en una bolsa y

realizar inhalaciones repetidas. Tras la inhalación aparece una sensación de júbilo y despreocupación, parecida a una borrachera, que puede progresar hasta alucinaciones, con perturbación del juicio y de las percepciones.

Los disolventes son muy tóxicos. Pueden producir la muerte súbita por paro cardíaco. El uso repetido durante un largo periodo es tóxico para el hígado y riñón. Puede causar lesiones cerebrales permanentes que provocan pérdida de equilibrio, temblores, trastornos visuales y parálisis.

Incluyen gases y compuestos orgánicos, o líquidos muy volátiles, presentes en sustancias de uso doméstico o industrial como las colas y pegamentos, sprays, gasolina, quitamanchas, pinturas y disolventes. Son sustancias de fácil acceso, bajo coste económico y sus efectos son rápidos.

COCAÍNA

La cocaína¹²¹ es una sustancia de efectos plurales en el organismo y cuya totalidad de acciones probablemente no es aún bien conocida. Los grandes problemas que ocasiona en el consumo inmediato son los accidentes vasculares cerebrales, entre otros, ruptura de aneurismas, que en consumidores de

cocaína se producen en edades más jóvenes y sobre aneurismas de menor tamaño que en la población general.¹²² Recordando la circunstancia que la presencia de dolor de cabeza intenso, persistente, inusual en un consumidor de cocaína ha de ser un motivo para plantear la realización de una tomografía (TAC) craneal.

Es un estimulante intenso, de poca duración. Su acción farmacológica es más corta que la heroína y la necesidad de una dosis mayor se desarrolla rápidamente. Puede discutirse su papel adictivo, pero la realidad nos muestra que los consumidores habituales acortan el periodo entre consumo y consumo, con numerosos consumos al día. Sobre su papel como droga de consumo hay guías fáciles de consultar.¹²³

No tiene un síndrome de abstinencia aparatoso e identificable como el de la heroína o el alcohol.

Aunque su uso se ha extendido desde 1980 y 90, es una de las drogas conocidas de más antigüedad.

A principios del siglo XX, la cocaína se convirtió en el estimulante principal de la mayoría de los tónicos y elixires que se crearon para tratar una gran variedad de enfermedades. Sigmund Freud defendía el papel de la cocaína para tratar afecciones como el asma y la sífilis entre otras enfermedades. Algunos

de los defensores de la cocaína acabaron siendo adictos a ella.

Poco a poco apareció el concepto de adicción y en el Congreso de los Estado Unidos por el “Harrison Narcotics Tax Act” de 1914¹²⁴ se prohibió importación de cocaína o de hojas de la coca excepto para recetas farmacéuticas. En el “Controlled Substances Act” de 1970¹²⁵ ya se prohíbe la manufacturación, distribución y posesión de cocaína excepto para usos médicos limitados.

Actualmente se considera lícito el uso de la cocaína como anestésico local para ciertos tipos de cirugías de los ojos, oídos y garganta¹²⁶. Es un potente vasoconstrictor.

Cada año aumentan en España las aprehensiones de cocaína, las solicitudes de tratamiento de desintoxicación y el consumo declarado de esta droga. Se estima que el 5% de los escolares con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años la consume. En los servicios de urgencias hospitalarios españoles la cocaína representa la primera causa de intoxicación aguda por sustancias ilegales^{127 128}

Tras el efecto agudo produce cansancio, fatiga y transtornos en el estado de ánimo. Por vía intravenosa produce el “flash”, sensación intensamente placentera análoga al orgasmo sexual.

El abuso crónico produce un estado que se describe como “cocaína blues” y que consta de depresión y letargia. El empleo continuado de cocaína produce una depleción de dopamina en los sistemas neuronales con un cuadro de depresión y alteración del humor que se desarrolla en las horas siguientes a cesar su administración y que motiva la necesidad de nuevas dosis. La bromocriptina, como sustituto de la dopamina, resulta útil en el tratamiento de este cuadro. El tratamiento clásico se hace con hiposedantes, benzodiazepínicos y antidepresivos tricíclicos. Las dosis tóxicas de la cocaína dependen de la susceptibilidad individual. En general, se estima que dosis de cocaína superiores a 10-20mg pueden producir acciones graves en un sujeto adulto. La dosis letal se estima que es próxima a 1g por vía intranasal, 5-10g por vía oral y 200mg por vía intravenosa.

Mecanismos de acción

Es posible saber los cambios dinámicos que ocurren con el consumo de coca. Hay un primer efecto placentero cuando el usuario experimenta la oleada de euforia (“rush”) y de exaltación (“high”). Va seguido por un periodo de disminución de la excitación (“crash”)¹²⁹ que corresponde a la pérdida del bloqueo de la recaptación de dopamina y otros neurotransmisores. El usuario entra en un estado de

agotamiento físico, disminución de la capacidad de atención, así como de motivación. Los síntomas en algunas personas podrían ser agitación, ansiedad y psicosis. Va seguido finalmente de un deseo vehemente (“craving”) de cocaína.

La cocaína inhibe la recaptación en la unión de las células nerviosas de determinadas sustancias activas o neurotransmisores -noradrenalina, adrenalina y serotonina-, con lo que se produce un exceso de ellos.

Farmacológicamente actúa como un potente agente simpaticomimético, produce vasoconstricción, taquicardia, midriasis e hipertermia. El estímulo del sistema nervioso central da lugar a movimientos repetitivos, estado de alerta, euforia, disminución del apetito y alteración del comportamiento sexual.

Aplicada localmente, actúa como un anestésico, gracias a su capacidad de bloquear los canales de sodio de las neuronas durante la despolarización, inhibiendo así la transmisión de señales eléctricas.

La cocaína es metabolizada por las colinesterasas del plasma y de la sangre, convirtiéndose en metabolitos solubles en agua, que se excretan en la orina. La vida media de la cocaína en el plasma es de 45 a 90 minutos y, por esto, puede detectarse en sangre u orina durante sólo unas horas después de su

administración. Aun así, sus productos de degradación son detectables durante 24 o 36 horas después de su consumo, convirtiéndose en un buen indicador del uso reciente de cocaína.

El análisis del pelo es un marcador extremadamente sensible del uso de cocaína en las semanas o meses anteriores, dependiendo de la longitud del pelo analizado.

Fumar cocaína es la vía de entrada a la circulación cerebral más rápida (aproximadamente entre 6 y 8 segundos). A través de una inyección intravenosa, la droga llega al cerebro en el doble de tiempo. Esnifar produce euforia en 3-5 minutos, produciéndose el pico máximo entre los 30 y los 60 minutos. La cantidad de cocaína que puede absorberse vía nasal depende de sus propiedades vasoconstrictoras y del propio individuo.

La disponibilidad en sangre de la cocaína esnifada es del 20% al 60%. Los niveles de cocaína en sangre más altos se consiguen fumando, y no esnifando, porque el fumar dirige la droga hacia la circulación pulmonar, encontrando una área de absorción muy grande. La potencia de una dosis de cocaína fumada equivale aproximadamente a un 60% de la misma dosis administrada por vía intravenosa. Es decir, fumar 50mg produce unos niveles en sangre

La salud cuando se vive en la calle

similares a los conseguidos inyectando intravenosamente unos 32mg.

Esquema de actuación¹³⁰

Vía de administración	Lugar de absorción	Preparación	Tiempo de llegada al cerebro
Oral	Zona gastrointestinal Membranas mucosas de la boca	Hojas de coca Cocaína hidroc্লorídica	8-10 minutos
Nasal	Membranas mucosas de la nariz	Cocaína hidroc্লorídica	2-3 minutos
Inyectada	Vía intravenosa	Cocaína hidroc্লorídica	12-21 segundos
Fumada	Pulmones	Cocaína base	6-7 segundos

Formas de presentación

Hojas de coca —————> Pasta de coca (pasta base, basuco, paco)

—————> Clorhidrato de cocaína (sal) —————>

+amoníaco o bicarbonato -> base o crack

La coca se obtiene de las hojas de la planta y se transforma en pasta de coca para ser consumida en esta forma y también para facilitar el transporte. Además de la pasta hay dos forma de presentación:

en forma de sal o clorhidrato (que se consume por vía intranasal o intravenosa) o en forma de base (por vía pulmonar).

Hojas de coca

La cocaína (benzoilmetilergonina) es un alcaloide que se extrae de la hoja del arbusto *Erythroxylon coca*, procedente de Bolivia, Perú e Indonesia, mayoritariamente.¹³¹ Existen hallazgos arqueológicos del 3000 a.C. que prueban el uso de la hoja de coca por los hombres. De hecho, durante siglos los indios americanos han masticado hojas de coca con las que creen que mejora su estado de ánimo y disminuye la sensación de hambre.

Masticar hojas de coca fue la principal vía de administración de la cocaína hasta 1860 en que Albert Niemann aisló el principio activo. Las hojas de coca han sido también usadas en forma de infusión y incorporada en bebidas refrescantes.

La cocaína se halla en todas las partes de la planta de coca y supone aproximadamente el 1% del peso de las hojas. Dada la limitada absorción por vía digestiva y la escasa concentración de cocaína en las hojas, masticar las hojas no produce serios efectos.

Es la forma de consumo de los habitantes de las regiones productoras. Los masticadores de coca

hacen bolas con las hojas, las mezclan con cenizas o cal y se las colocan entre el labio y la encía y así se absorbe lentamente.

Para su transporte y las hojas de cocaína se convierten en pasta de coca.

Pasta de coca

La pasta base de la cocaína, basuco o también conocida como paco se extrae de las hojas de coca a través de un proceso de maceración y mezclada con disolventes como parafina, bencina, éter ácido sulfúrico. La apariencia depende de la sustancia con la cual ha sido mezclada, pudiendo aparecer como polvo de chocolate, terroso o polvo blancuzco o amarillento.

Tiene un alto poder adictivo y su efecto es rápido e intenso. Se plantea que tiene un estado de agitación muy marcado.

Su consumo, fumado, es muy tóxico debido a las impurezas y adulterantes con que la suelen combinar. Es una droga relativamente barata. En Argentina, por ejemplo, se puede conseguir por un peso, bastante menos que 1€¹³²

Es más barato que el polvo.

De la pasta se elabora el polvo (clorhidrato de cocaína) y del polvo se obtiene la base libre y el crack.

Polvo de cocaína (sal: clorhidrato de cocaína)

La mayor parte de la cocaína que circula en los mercados ilegales europeos es en forma de sal, el polvo, clorhidrato de cocaína que es, sustancia cristalina, blanca e inodora.

Para obtenerla, se disuelve la pasta de coca con ácido clorhídrico. Es soluble en agua y puede ser absorbida por la mucosa nasal (esnifada), sublingual, vaginal y rectal o inyectada por vía intravenosa. No se usa fumada porque gran parte de la droga se destruye por la temperatura. Se descompone cuando se quema.

En la calle para la venta aparece adulterada en proporción variable (50%-90%) con diversas sustancias como lactosa, ácido bórico, talco, similares en cuanto a sabor y color. Frecuentemente se corta o adultera con aditivos que dan volumen (manitol o lactosa), imitan los efectos estimulantes (cafeína) o anestésicos locales de esta droga (procaína o lidocaína).

Se suelen dispensar en bolsitas de plástico de 0,5g o 1g a precios que oscilan entre los 48-70 euros el gramo (*bola* de coca). En los mercados marginales, se pueden encontrar *bolas* adaptadas a las cantidades necesarias para una dosis.

La dosis tóxica es variable. La cifra está generalmente alrededor de los 0,20g a 0,30g., aunque los consumidores crónicos pueden llegar a consumir aproximadamente 3 gramos.

Consumo fumado de la cocaína: cocaína base.

Sólo se puede fumar cocaína correctamente cuando está en forma de base. El polvo o clorhidrato de cocaína (una sal) debe ser alterado químicamente para dar lugar a una base, cocaína de base libre (free base) o crack.

Estas dos modalidades tienen la misma forma química, pero se usan técnicas distintas en su preparación. Ambas pueden ser fumadas con pipa o mezcladas con marihuana o tabaco en un cigarro. Para obtener la cocaína base, también llamada base libre, se disuelve el polvo en agua y se añade amoníaco y éter como disolvente. Su pureza suele ser elevada. Con la progresiva disponibilidad de crack el uso de la base libre ha disminuido.

	Base	Crack
Disolvente	Amoníaco	Bicarbonato

Crack

El crack es la cocaína que no ha sido neutralizada por un ácido para convertirse en sal de clorhidrato. Este tipo de cocaína viene en forma de cristales de roca que se pueden calentar y cuyos vapores se pueden fumar.¹³³ Es la cocaína preparada o cocinada para ser fumada. Proviene de hervir clorhidrato de cocaína en una solución de bicarbonato de sodio y evaporar el agua.

El término "crack" se refiere al crujido que se oye cuando se calientan los cristales. El crack se elabora a partir del polvo de cocaína disuelto en agua. En un recipiente se añade cocaína, bicarbonato y agua y se calienta hasta la formación de los cristales.

A menudo el crack se compra ya elaborado, es decir, una vez ya tratado con amoníaco o bicarbonato. Los cristales o rocas blancas constituyen la forma más concentrada y purificada de cocaína. Su pureza suele oscilar entre el 50 y el 100%. Al calentarse crepitan permitiendo aspirar sus vapores o humos. La cocaína en forma de crack es fumable. Se suelen utilizar

pipas de agua, de fabricación propia (botella de agua, tubito). El humo es retenido el mayor tiempo posible para maximizar su absorción, que se produce a los 8-10 segundos, aunque la duración de los efectos no excede de los 5 minutos.

Desde los años 1980s, el crack se fuma en pipa de vidrio, con ceniza de cigarro sobre una lata con orificios, en un gotero de cristal, en un cigarro como primo (nombre que se le da a un tabaco mezclado con cocaína), entre otras. Otro instrumento utilizado para consumir crack es un tubo metálico similar a una antena de radio (en muchos casos lo es) a la que se le introduce una suerte de alambre y se utiliza para fumar crack simulando una pipa. Este método es utilizado principalmente por adictos de muy pocos recursos y se conoce como "fumar en tubo".

Debido a la rapidez de los efectos, casi inmediatos, el crack se hizo muy popular en la década de los 1980s. Otra razón para su popularidad es que no cuesta mucho, económicamente hablando, procesarlo ni adquirirlo

Se considera la forma más potente y adictiva de esta droga¹³⁴. Es fácilmente vaporizable y cuando se inhala sus efectos son muy rápidos. No es soluble en agua.

El nombre deriva del sonido que se produce cuando se calienta. Se vende preelaborado, preparado para ser fumado.

Experimentos con voluntarios han demostrado que fumar cocaína permite conseguir unos niveles en sangre que son comparables a los obtenidos a través de una inyección intravenosa¹³⁵. Por tanto, en absoluto se pueden menospreciar los efectos de la cocaína fumada.

Forma de coca	Forma de consumo
Hojas de coca	Masticado
Pasta de coca, basuco	Fumado
Polvo	Esnifado, fumado
Base libre, crack	Fumado

Speed-ball

El speed-ball es una mezcla de heroína y cocaína, generalmente consumida por vena. Actualmente muchos consumidores de drogas la mezclan y consumen; pero es fácil encontrarla ya preparada por los propios vendedores.

La salud cuando se vive en la calle

Esta mezcla combina los efectos sedantes de la heroína con los euforizantes de la cocaína.

Complicaciones locales del consumo de la cocaína

La cocaína bloquea los canales de sodio, disminuye el potencial de membrana y alarga la duración del potencial de acción. Esta acción causa efectos anestésicos locales. La cocaína continúa usándose en medicina principalmente por sus efectos anestésicos tópicos locales en la sutura de heridas. Se usa como anestésico local en cirugía de oído, nariz, garganta y procedimientos oftalmológicos.¹³⁶

Dentro de las **complicaciones locales** ocasiona destrucción del tabique nasal, pudiendo llegar a la perforación. Por vía intravenosa, rápidamente ocasiona inflamación de las venas, flebitis.

Como puede aliviar el dolor en la zona de inyección (la cocaína es un anestésico local), las venas pueden dañarse muy fácilmente. En el consumo de cocaína se suele utilizar mucho la técnica del bombeo.

Síndrome posconsumo inmediato al consumo intravenoso de cocaína

Por su efecto simpaticomimético la cocaína produce **vasoconstricción, taquicardia, hipertensión**

arterial, midriasis o **dilatación de las pupilas** y **aumento de la temperatura** o hipertermia. La piel puede estar caliente y haber sudoración generalizada.¹³⁷

El estímulo del sistema nervioso central produce¹³⁸ euforia, mayor capacidad de conversación (verborrea), comportamientos repetitivos, alucinaciones visuales auditivas y táctiles. Son características percepción táctil y visual sobre la piel de insectos u otros animales inexistentes que la persona trata de quitarse pudiéndose provocar lesiones cutáneas importantes.

Es importante saber que la verborrea, la búsqueda de objetos, las alucinaciones visuales y auditivas, la agitación motora, los movimientos reiterativos, la parálisis fugaz, aparecen con frecuencia tras el consumo de cocaína y, en consecuencia, hay que entrenarse para su tratamiento, así como detectar situaciones de urgencia, como la agitación psicomotriz, las convulsiones y el dolor precordial, y otros síntomas, como la midriasis, que permite diferenciar el consumo de cocaína de la heroína que produce miosis.

Dentro de las manifestaciones neurológicas¹³⁹ está descrita la aparición de dolor de cabeza intermitente. El tipo más común es la cefalea vascular, tipo migraña que ocurre de forma aguda tras su

consumición o durante su abstinencia^{140 141} Sin embargo, en las observaciones en la práctica aparece con menos frecuencia.

Aparecen convulsiones por disminución del umbral convulsivante.¹⁴² En personas con alteraciones vasculares previas pueden aparecer hemorragias cerebrales por la hipertensión aguda de la coca. Los infartos isquémicos y hemorrágicos se desarrollan como consecuencia de la aterosclerosis y de los estados hipertensivos crónicos y agudos.^{143 144} Tampoco son frecuentes en el día a día de los consumos.

En el tratamiento de las convulsiones, diazepam es uno de los medicamentos más eficaces.¹⁴⁵ Dada la experiencia de su utilización en convulsiones y en dolor precordial, también en consumidores de cocaína, es un medicamento a tener presente en la agitación psicomotriz. Hay que tener una atención especial si el usuario informa que ha consumido previamente benzodiazepinas, alcohol o heroína, si se ha inyectado speed ball o si se detecta miosis.

Dentro de las complicaciones cardiacas puede haber isquemia con o sin infarto, es la más frecuente, arritmias, miocarditis y miocardiopatías.¹⁴⁶

Puede haber infarto de miocardio en la primera hora después del consumo de cocaína, cuando los niveles

sanguíneos son máximos. No se ha relacionado con la cantidad consumida, la vía de administración o la frecuencia de su uso. Ha sido descrito con dosis que van desde 200 a 2.000mg, en todas vías de administración y tanto en consumidores habituales como en consumos iniciales. El diagnóstico puede dificultarse por la repolarización precoz frecuente en el electrocardiograma de las personas jóvenes. Y por las usuales elevadas concentraciones de creatininkinasa por rabdomiolisis. En estos casos, se deben medir las concentraciones de troponinas. El efecto nocivo de la cocaína sobre el corazón se potencia con el tabaco y el alcohol. ¹⁴⁷

El aumento de la temperatura, las convulsiones o un estado de inconsciencia prolongado puede dar lugar a una destrucción muscular masiva o rabdomiolisis. La sintomatología muscular puede ser leve o incluso nula y sólo evidenciarse por los análisis de sangre con elevación de los niveles de creatininkinasa (CK). Esta situación un tercio de las veces da lugar a insuficiencia renal aguda que en la mitad de los casos resulta mortal. A veces se acompaña de alteraciones de la coagulación intravascular diseminada y alteración de análisis hepáticos. ^{148 149}

Puede haber también insuficiencia renal por infartos renales agudos. Los efectos vasoconstrictores y

trombóticos de la cocaína favorecen estos dominantes infartos.

Se debe sospechar infarto renal en consumidores de cocaína con fiebre, dolor persistente en el flanco (sugestivo de infección del tracto urinario o nefrolitiasis) y dolor abdominal asociado a náuseas o vómitos que se inicia normalmente a las 2-3 horas del consumo. Con leucocitosis, hematuria microscópica y niveles elevados de LDH sérica¹⁵⁰

El síndrome posconsumo también aporta información para el diseño y el funcionamiento de futuras salas de inyección, originariamente orientadas para evitar muertes por depresión del centro respiratorio en el curso del consumo de heroína intravenosa. La progresiva utilización de cocaína, con las manifestaciones observadas de estimulación del sistema nervioso central, requiere mayor espacio físico, mayores medidas de seguridad para los profesionales, disponibilidad de zonas de relajación posconsumo y evitar elementos que favorezcan las alucinaciones visuales y auditivas.¹⁵¹

Efecto del consumo inmediato de cocaína	Porcentaje
Verborrea	49,4
Diaforesis	35,1
Midriasis	29,8
Sialorrea	14,9
Búsqueda de objetos	14,9
Alucinaciones visuales	13,7
Agitación motora	9,5
Movimientos reiterativos	9,5
Alucinaciones auditivas	8,9
Taquicardia	8,3
Desorden ideas	7,1
Parálisis fugaz	5,4
Sensación de ser perseguido	3,6
Hurgarse en las heridas	3,0
Taquipnea	1,8
Orden y limpieza compulsiva	1,8
Delirio	1,2

Muchas de las manifestaciones postconsumo inmediato de cocaína sólo van a necesitar observación y contención por parte de los profesionales. En el tratamiento de las convulsiones diazepam es uno de los medicamentos más eficaces^{152 153}. Hay que darle importancia a la aparición de dolor precordial que puede traducir la existencia de cardiopatía isquémica. Por lo que, pese a que no es una manifestación extraordinariamente frecuente, es recomendable remitir a un centro hospitalario para su observación durante unas 12 horas, para descartar un síndrome coronario agudo.

En particular, si coexisten consumo de tabaco y alcohol asociados.¹⁵⁴ Una de las manifestaciones frecuentes y de difícil manejo es la agitación psicomotriz. A partir de la experiencia de utilización de diazepam en convulsiones y en dolor precordial en consumidores de coca, es un medicamento a tener presente para el manejo de estas situaciones de agitación. Habrá que replantear esta decisión y en su caso tener especial vigilancia si el usuario ha informado de que ha consumido previamente benzodiazepinas, alcohol, heroína, si consume speed-ball o si tiene miosis.

Consumo combinado de cocaína y alcohol

Un peligro adicional: el etileno de cocaína. Cuando las personas combinan el consumo de cocaína con alcohol, están agravando el peligro que presenta cada una de estas drogas y, sin saberlo, realizan en sus propios cuerpos un experimento químico complejo. Varios investigadores auspiciados por el NIDA han encontrado que al combinar el uso de cocaína con alcohol, el hígado humano fabrica una tercera sustancia, el etileno de cocaína, que intensifica los efectos eufóricos de la cocaína y potencialmente aumenta el riesgo de muerte repentina.¹⁵⁵

KETAMINA

La ketamina es un fármaco anestésico clásico escasamente utilizado en la actualidad para inducir o mantener anestesia, pero con una creciente indicación como analgésico para el tratamiento del dolor agudo y crónico.¹⁵⁶

Puede administrarse por vía oral, intranasal, intravenosa, subcutánea o intramuscular, entre otras, y se distribuye rápidamente al cerebro. Su metabolismo es predominantemente hepático, con una vida media de eliminación 2,5 horas y la mayoría se elimina en 24 horas. Sin embargo, existen metabolitos activos que pueden causar efectos más prolongados.

El uso no médico de la ketamina comenzó alrededor del año 1990 en entornos recreativos, como adulterante del éxtasis en locales de música electrónica. Los efectos recreativos dependen de la edad, la vía de administración, el entorno y las experiencias previas con la ketamina. Los efectos estimulantes están presentes en dosis bajas, mientras que los efectos psicodélicos ocurren a medida que aumenta la dosis. Su consumo único, con dosis que pueden oscilar entre 25-300 mg, induciría relajación, disociación, despersonalización, alucinaciones y experiencias psicóticas (experiencia típica fuera del cuerpo o cercana a la muerte llamada “agujero K”).

Se han descrito síntomas cardiovasculares y respiratorios asociados a su consumo, así como traumatismos, ahogamiento, muerte por hipotermia y accidentes de tráfico. Su uso crónico se asocia con cistitis ulcerosa, daño hepático, deterioro cognitivo, aumento de la impulsividad, depresión, muertes accidentales y adicción.

Puede formar parte de adulterantes de otras drogas principalmente éxtasis, o 3,4-metilendioxitmetanfetamina (MDMA). También es bien conocido el uso deliberado de la ketamina asociado algunos patrones de policonsumo, como por ejemplo la droga llamada “Calvin Klein” (CK), combinación de cocaína y ketamina, o el “Tusibi” (o Tussi), que generalmente contiene ketamina, MDMA y cafeína. Esta combinación persigue imitar los efectos de la droga alucinógena 2-CB (4-bromo-2,5-dimetoxifenetilamina)¹⁵⁷.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CONSUMIDORES DE DROGAS

Para una mejor atención del consumidor de drogas es necesario conocer los aspectos que se relacionan con el consumo. Al ser una actividad clandestina, en ocasiones considerada como un delito, se hace difícil conocer las circunstancias que enmarcan el consumo. Cómo conseguir las drogas, dónde

comprar, dónde y cómo consumir, el lenguaje utilizado y los canales de comunicación más eficaces.

El consumo de drogas inyectadas empieza como una actividad social, compartida, con unos rituales y técnicas especiales.

Habitualmente introduce al consumo otro consumidor, con sus propios criterios y errores sobre cómo consumir. Una tarea a desarrollar desde los equipos de atención a consumidores es corregir hábitos de mayor riesgo entre los consumidores.

Para que todo esto sea posible, es necesario conocer la realidad de la calle, contrastar la información obtenida y adaptar los consejos sociosanitarios para que la información dirigida a los usuarios sea útil, práctica y comprensible.

Es posible y necesario realizar educación para la salud con los usuarios de drogas. En el plano individual se puede actuar durante un intercambio de jeringas o una visita social o sanitaria. También en la zona de venta o de consumo de drogas.

La educación en el plano colectivo

En el plano colectivo se pueden ofrecer espacios, talleres participativos, cursos de preparación, grupos

donde trabajar temas de interés y que permitan mejorar la situación actual.

En muchos casos, los temas que interesan a los usuarios de drogas no coinciden con los que preocupan a los responsables de las instituciones o de la política social. Temas como el techo, higiene diaria, alimentación, la situación legal, el tratamiento y la ocupación útil de su tiempo son algunos aspectos que inquietan a muchos usuarios de drogas. A partir de estos temas se puede iniciar una intervención sociosanitaria en general y disminuir los factores de riesgo.

Factores que influyen en las prácticas de consumo

Hay que tener en cuenta que los patrones de consumo de drogas son variables, dinámicos y están influenciados por múltiples circunstancias, mitos y costumbres. El tiempo que llevan inyectándose, el tipo de consumo, esporádico, de fin de semana, fumadores de plata, en pipa, consumidores en vena. Personas adictas a una sola sustancia, otras con consumos plurales.

Los hábitos de cada ciudad, subgrupos o personas varían y añaden nuevas variables como el material a utilizar, el estado de dicho material. Dónde se

compra la droga, con quién se va a comprar, dónde se consume y con quién.

La falta de intimidad, las prisas por consumir (perder la dosis, miedo a que aparezca la policía, vergüenza de ser visto consumiendo) hacen que el consumo de drogas se produzca sin garantías higiénicas y con peligro para la salud del consumidor.

Influye la **forma de obtener la droga**, comprar solo, con un amigo, entre varios colegas. Disponer de material necesario y en buenas condiciones higiénicas para preparar la inyección.

El **lugar donde se va a realizar el consumo** casa, calle, cárcel.

El **tipo de droga** que se consume: coca, heroína, pastillas, metadona.

La **vía de administración**, oral, parenteral, inhalada.

Si el **consumo se realiza solo o en compañía**. Si la persona que acompaña consume y tiene su propio material. Si el acompañante sabe cómo actuar ante una sobredosis

Si sabe inyectarse. Conocer la técnica adecuada, los puntos de inyección, dirección de la inyección, encontrar la vena.

La **presión, las prisas por consumir**, miedo a

perder la dosis, presencia de policía, estar en la calle, síndrome de abstinencia, tolerancia.

RECOMENDACIONES PARA EL CONSUMO DE DROGAS CON MENOR RIESGO

Buscarse la vida, pillar, ponerse y estar bien/estar mal son, generalmente, los cuatro momentos y temas centrales en la vida cotidiana de un consumidor de drogas¹⁵⁸. Estos cuatro momentos suponen también cuatro ámbitos de actuación de los sistemas asistenciales.

Estar bien/estar mal. Tolerancia

Estar bien supone el alivio o disminución del malestar tras consumir la dosis. Dura poco estar bien, hasta estar mal y volver a empezar. El estar bien se convierte en el objetivo de la vida activa del consumidor.

Se conoce por **tolerancia** el fenómeno consistente en obtener efectos cada vez más pequeños con la administración de dosis iguales de un producto. Los usuarios aprenden que para conseguir los efectos deseados han de usar dosis de sustancia cada vez más altas o también disminuir el espacio entre consumos.

El grado de tolerancia que se desarrolla es diferente para cada sustancia y también varía entre los consumidores. Esta tolerancia dificulta la vida del consumidor de drogas. Conforme se incrementa la dosis, el gasto económico es más difícil de sostener.

A menudo los usuarios se plantean fases de desintoxicación para disminuir la escalada de consumo y poder volver a consumir dosis más reducidas de drogas.

Buscarse la vida.

Buscarse la vida comprende las tareas destinadas a conseguir la dosis de droga. A veces conlleva delinquir, ingreso en prisión y acumulación de causas pendientes. Es el inicio de una gran bola que pesa como una losa en los individuos, golpea a la sociedad normalizada y abarrota las prisiones.

Cualquier alternativa que permita conseguir la dosis de droga sin delinquir ni que se degrade la persona merece ser tomada en cuenta. En este sentido inciden los planes de legalización de las drogas, administración terapéutica de heroína y otras sustancias alternativas.

Y hay que contemplar medidas alternativas al ingreso en prisión y potenciar los planes de reinserción social.

Pillar

Se puede pillar u obtener la sustancia mediante dinero, trueque, aportar clientes o bien otros favores para el vendedor o camello. También a través de compartir la dosis con otro usuario, pedir, ser invitado, mendigar parte de la dosis o alguno de los elementos utilizados para el consumo que aún puede conservar algo de la sustancia.

Algunas de estas prácticas implican riesgos para la salud al permitir el paso de infecciones persona a persona. En especial, si además de la sustancia se comparten fluidos como sangre o secreciones genitales. Hay que conocer cómo se accede a la dosis para intentar en lo posible modificar las que implican mayores riesgos

Es la esencia de los programas de intercambio de jeringas, con entrega de material limpio y recogida de todos los utensilios utilizados.

Material para la inyección

El **material** para la inyección ha de estar en buenas condiciones y no lo ha de haber utilizado nadie antes.

Hace falta jeringa, disolvente, filtro, toallitas de alcohol, recipientes como tapones o cucharas donde hacer la dilución. Habitualmente todo este material

se puede obtener en los programas de intercambio de jeringas. La OMS recomienda 300 jeringas por usuario al año.

Antes de prepararlo todo hay que **lavarse** las manos con agua y jabón o usar una toallita de alcohol.

Hay dos tipos de jeringas. La llamada **jeringa americana** en la que jeringa y aguja forman un solo cuerpo y la **española, nacional o normal** en la que la aguja se puede separar del resto de la jeringa y es de mayor grosor que la americana. También la agresión sobre la vena es mayor.

El recipiente, **tapón, lata, cuchara** en que se hace la dilución tiene que estar limpio y no lo ha de haber usado nadie antes. Es conveniente limpiarlo con una toallita de alcohol.

La dilución se ha de hacer con agua destilada (heroína blanca) o ácido cítrico (heroína marrón) obtenido en un programa de intercambio.

En caso de no tener botellitas de agua destilada, se puede emplear agua potable de un grifo o de una fuente. Para disolver la heroína marrón, hay que utilizar ácido cítrico (muy poco) o un limón recién cortado. Los limones abiertos son fuente de infecciones.

El **filtro** es un material poroso a través del cual se hace pasar la dilución para separar las partículas sólidas, las impurezas. Generalmente, se usa un trozo de filtro de cigarrillo.

Hay que **filtrar** la heroína marrón ya que tiene muchas impurezas. Se debe utilizar un filtro nuevo cada vez. **Evita chupar la aguja** ya que favorece la infección por gérmenes que se hallan presentes en la boca. Comprobar en la jeringa que la mezcla sea transparente, sin grumos ni burbujas. No se debe chupar el filtro ni la aguja. Hay que evitar en general el contacto del material de inyección con la saliva que puede transportar gérmenes de la boca, que a través de la inyección pueden dar infecciones generalizadas a todo el organismo.

Se puede dar forma al filtro con los dedos (las manos se deben haber lavado al principio del proceso).

Hay quien permite reutilizar su filtro a cambio de algo o para hacer un favor. Sin embargo, **compartir filtros** tiene un alto riesgo de transmisión de la infecciones como VIH y hepatitis B, C.

Si hay que separar la aguja de la jeringa, es mejor dejar el capuchón puesto. Si se comparte la dosis con alguien, hay que asegurarse de que las dos jeringas sean nuevas. Si la del compañero no es

nueva. Si una de las dos no es nueva, se ha de preparar la dilución con la nueva y dejar la dosis en algún recipiente para que pueda ser recogida con la jeringa ya utilizada, pero nunca poner en contacto las dos aguas y jeringas.

Se debe calcular la dosis en función de la calidad de la sustancia y el consumo actual. Y rebajar la dosis tras un periodo sin consumir (después de una fase de desintoxicación).

La inyección. Chutarse. Recomendaciones para evitar complicaciones durante la inyección

Considerar usar **vías de consumo más seguras** como fumar o esnifar.

Procurar **estar acompañado durante la inyección**. No inyectarse solo. Hacerse acompañar por alguien que sepa qué hacer ante una sobredosis. Uno mismo ha de estar informado y formado sobre cómo actuar ante una sobredosis.

Buscar un **lugar tranquilo y discreto**, pero **al que pueda llegar fácilmente la ayuda**, en caso que necesidad. A ser posible, una sala de inyección supervisada por personal entrenado.

Evitar combinar tranquilizantes, metadona, alcohol y heroína.

Preparar una **dosis pequeña tras una fase de no consumo**: si has salido de prisión, hospital o has estado sin consumir durante un tiempo. Si se ha cambiado de vendedor o *camello* (vendedor), probar un poco antes de inyectarse todo el pico.

Hay tres tipos de vasos sanguíneos: arterias (transportan sangre oxigenada a alta presión); venas (retornan la sangre hacia el corazón a baja presión) y los capilares. **Sólo se pueden utilizar para inyectarse las venas.**

Usar las zonas del cuerpo más seguras: venas del brazo y antebrazo. Son zonas poco recomendables las venas de los pies, manos y dedos. Son zonas peligrosas: cuello, cara, abdomen, pechos, pene, vagina e ingle.

Buscar la vena más grande y cambiar de vena cada vez. Alternar el punto de inyección. Para el próximo pico, la próxima inyección, no utilizar el mismo sitio. Procurar dejar siempre una vena grande y visible sin utilizar por si hay que hacer análisis de sangre o poner un tratamiento por vena.

Para evitar daño en las venas es conveniente **usar la aguja más pequeña** que sea posible (cuanto más pequeño sea el agujero, menos daño). **Ayudarse de un torniquete o goma elástica** para hacer visible y dilatar la vena. Si no se encuentra la vena, hacer un

poco de ejercicio para que la sangre circule más deprisa por las venas y éstas se hagan más visibles.

Desinfectar el punto de inyección con una toallita de alcohol y sacar el aire de la jeringa

Meter la aguja dentro de la piel, **paralela a la vena**, en la dirección de la sangre (la aguja debe apuntar al corazón). Cuando se deslice la aguja por la vena hay que tener cuidado de no atravesarla. Aspirar para comprobar que refluye sangre y que se está por tanto dentro de la vena. Aflojar el torniquete y empujar el émbolo lentamente. Despacio. Cuanto más deprisa se haga, hay mayor riesgo de rasgar o reventar la vena. Se puede perder el pico y provocar una infección.

Hay que evitar bombearse, subir y bajar el émbolo de la jeringa con la aguja dentro de la vena. Bombearse puede causar más daños a la vena porque se hace más grande el agujero provocado por la inyección y daña las paredes de las venas.

Tras la inyección, **sacar la aguja de forma paralela a la vena** y presionar el punto de inyección con una toallita de alcohol o un pañuelo limpio. Favorece la coagulación y evita la formación de hematomas.

Hay que **deshacerse de la jeringa y de la aguja de forma segura**, para que nadie pueda pincharse.

Siempre que sea posible, llevar el material empleado a un local de intercambio de jeringas. No hay que dejar los utensilios tirados en la calle.

Es peligroso inyectarse pastillas. El excipiente que tienen las pastillas puede colapsar u obstruir las venas. Fumarlas o esnifarlas tendrá menos riesgo que inyectarlas.

Inyectarse metadona puede causar muchos problemas, incluyendo abscesos.

Recomendaciones para la asistencia de usuarios de drogas en situación socialmente deprimida

1. Techo. Resulta poco efectiva cualquier medida que no contemple que los consumidores no tengan un techo, un lugar donde guarecerse y descansar. En este sentido sería particularmente importante:

Facilitar que personas sin papeles puedan acudir a pensiones. Probablemente consiguiendo algún documento accesible a través de equipos sociales o sanitarios que les permitiera registrarse en una pensión u hotel.

Considerar la posibilidad de establecer relaciones con centros socio-sanitarios, cuidados paliativos para que existieran camas especialmente diseñadas para consumidores de heroína y coca en situación

terminal o de gran deterioro, con estancias superiores y por indicaciones no tan clínicas de las que brindan los hospitales de agudos

2. Alimentación. Descuidar la alimentación, supeditada a la consecución de la dosis de droga diaria debilita física y psíquicamente a la persona.

3. Higiene. Existen habitualmente pocos lugares para ducharse.

4. Asistencia legal, ante la pluralidad de causas pendientes. Consideración de un programa de medidas alternativas, sin el cual es imposible la reinserción.

5. Integración de la asistencia. En particular, que la asistencia social y sanitaria se den de forma integrada

6. Ocupación. El mantenimiento con metadona ha disminuido la ocupación del tiempo de los consumidores de heroína que se han visto sin saber qué hacer con el tiempo que han recuperado. Se hacen necesarios aumentar los programas de formación, adecuación laboral e inserción social

7. Las salas de inyección han supuesto un gran avance en el tratamiento del consumo de drogas por vía intravenosa. Probablemente, el principal efecto habrá de ser la disminución de la morbilidad y

mortalidad por sobredosis. Y entre otros, permitirá el contacto con nuevos sectores de consumidores, la difusión de mensajes sanitarios, el ofrecimiento de otras prestaciones sociales, sanitarias, diferentes de la supervisión de la inyección.

Sin embargo, en la breve historia de nuestras salas, hay que recordar que éstas fueron diseñadas fundamentalmente para el consumo de heroína y que no están adaptadas al consumo de coca.

La revisión de las salas para mitigar los efectos de la cocaína implicaría:

- 1) Más espacio. Mayores medidas de seguridad para los profesionales
- 2) Evitar elementos que favorezcan las alucinaciones visuales y auditivas
- 3) Zonas de tranquilización post-consumo
- 4) Contemplar el stress de los profesionales
- 5) Diseñar estudios de observación de los minutos posteriores a la inyección.

Se ha menospreciado el papel de los fumadores. Que tienen una idéntica ansiedad que los consumidores por vena y, sin embargo, no cuentan con espacio.

Sus condicionantes de consumo son diferentes. También necesitan intimidad, pero no es tan factible la sobredosis. Se hace necesario pactar a corto plazo en nuestras ciudades, espacios abiertos, resguardados, donde sea tolerado el consumo fumado y donde puedan acudir también equipos de acercamiento.

PROPUESTAS A MANERA DE CONCLUSIÓN

Medidas de índole social.

Colaboración entre equipos clínicos-asistenciales y de salud pública para conocer mejor las realidades del consumo. Proyectos al servicio de los observadores de la realidad y no de las demandas alejadas de las zonas de consumo.

Información de esta realidad a profesionales, más acostumbrados a atender el consumo de heroína.

Rediseñar las salas de inyección.

Contemplar el consumo fumado. Pactar áreas de consumo tolerado.

REDUCCIÓN DE DAÑOS

Los programas de reducción de daños son estrategias individuales y colectivas destinadas a minimizar los daños asociados a una determinada circunstancia. Es una práctica habitual en muchos campos. Ejemplos de reducción de daños son el cinturón de seguridad en el coche o el uso de casco en motoristas y ciclistas. No se prohíbe la conducción de vehículos, pero se intenta disminuir los daños asociados a su utilización. En otra órbita, otro ejemplo es el uso de preservativos en las relaciones sexuales.

En el campo de las drogas no legales, los programas de reducción persiguen minimizar los daños asociados al consumo sin necesariamente reducir o eliminar éste.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

El concepto de reducción de daños en el campo de las drogodependencias empezó a utilizarse en la década de los 80 a partir de experiencias para disminuir las consecuencias negativas asociadas al uso de drogas inyectables en Ámsterdam, Rotterdam y la región de Merseyside de Inglaterra. En estas ciudades se desarrollaron acciones para proveer atención médica y social a los usuarios de drogas contando con la colaboración de éstos y de una policía más ocupada en perseguir a los

traficantes que a los consumidores. En Merseyside las experiencias se integraban en el llamado "British System", marco de prescripción de opiáceos inyectables, y se caracterizaban por programas de entrega y recuperación de jeringas, apoyados por la cooperación con las fuerzas del orden que daban como resultado bajísimas tasas de sida en inyectores y una escasa incidencia de delitos cometidos por consumidores de drogas¹⁵⁹.

Estas experiencias locales, dirigidas fundamentalmente a disminuir la transmisión del VIH en usuarios de drogas por vía parenteral, se transmitieron a otros países y a la comunidad científica. A otros ámbitos y contextos, afectando a problemas generados del entorno de las drogas tales como el uso combinado de sustancias, modificaciones legislativas, relaciones con los vecinos, consumos de drogas de fiesta. La magnitud de los cambios generados por la reducción de daños en drogodependencias permite a posteriori comprender que hemos asistido a una importante mutación en las prácticas asistenciales. No cabe la menor duda de que la convicción y tenacidad de sus iniciadores fueron fundamentales en la difusión de la reducción de daños en todo el mundo.

En los países de Europa del sur (Francia, Italia, Portugal y España) la reducción de daños se inicia,

con algunas diferencias, en la primera mitad de los años 90, fundamentalmente con programas de entrega y recuperación de jeringas, originando y promoviendo importantes replanteamientos en los servicios y equipos de drogodependencias. Los países del sur de Europa comparten características similares en los daños asociados al consumo de drogas¹⁶⁰, con cifras de alta prevalencia de infección por los virus del sida y hepatitis, especialmente de tipo C.

FUTURO DE LA DISMINUCIÓN DE RIESGOS EN EL SUR DE EUROPA

El diferente desarrollo de la reducción de daños en los cuatro países evidencia la gran flexibilidad de la reducción de daños en adaptarse a distintas realidades y contextos. Entre los países existen similitudes, diferencias y disparidades. No parece posible hablar de un tipo de reducción de daños en un país, sino más bien de regiones y municipios más orientados a estas prácticas, de la misma manera que ocurrió en las ciudades donde se creó el movimiento. En este sentido, el papel de "lo local" parece ser trascendental.

Es necesario promover e impulsar alianzas estratégicas y trabajo en redes entre los diferentes

actores de un territorio para favorecer las intervenciones más beneficiosas para los afectados.

La difusión de informaciones y el trasvase de experiencias entre los países debería ser un objetivo esencial para optimizar las intervenciones. Equipos que están realizando acciones similares en cada país carecen de vínculos entre ellos y desconocen el trabajo de sus compañeros. El papel representado por las ciudades fronterizas entre los países podría ser un elemento clave.

La mayoría de los equipos que intervienen en reducción de daños surgen de ONG y de grupos militantes que carecen de situaciones laborales estables que garanticen la continuidad de los proyectos, por lo que deben a solicitar anualmente subvenciones. Es necesario que los proyectos sean consolidados e integrados de manera más normalizada.

No parecen existir razones de peso para reforzar una separación conceptual entre el modelo reducción de daños y el de abstinencia. Múltiples experiencias demuestran la viabilidad y compatibilidad de los servicios dirigidos a la abstinencia con aquellos orientados a la reducción de daños. El mismo fenómeno ocurre con salud pública y orden público, así como entre servicios y vecindario. En este sentido, se debería favorecer la cooperación con

especialistas en mediación comunitaria, pues además de incrementar la participación de la sociedad favorecería la implantación de los servicios en las ciudades.

La tenacidad, habilidad y perseverancia de los líderes de la reducción de daños en cada país será primordial para una mayor cooperación con la sociedad en general, las administraciones y partidos políticos que promoverán unas ciudades más humanas, solidarias, justas y sanas.

Cuando, un día, estas prácticas estén integradas en lo cotidiano, entonces será el final de la reducción de daños, pues se habrá conseguido lo principal: reforzar la abstinencia de aquellos consumidores que quieren y pueden, y el consumo con menos riesgos de aquellos que no.

La mayoría de estas personas suelen acabar viviendo como pueden (casas ocupadas, coches abandonados, en la calle) en barrios deprimidos en los que la población autóctona ya padece problemas similares, lo cual crea situaciones de tensión entre los vecinos.

Es importante pues implicar a los agentes del barrio (profesionales sociosanitarios, usuarios, vecinos, comercios, asociaciones y administración), en la construcción del discurso sobre la inmigración, empleando informaciones claras, pedagogía

participativa y discursos alternativos dirigidos al conjunto de la población y, por otro lado, buscar estrategias que posibiliten una atención especializada a estas personas que conviven en nuestra comunidad. Todo ello ha de canalizar en una clara voluntad política para adaptar el modelo socio-político de la inmigración al tiempo y contexto presente.

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

La atención social y sanitaria en zonas urbanas socialmente deprimidas se ha dejado en manos del sector cívico, voluntario, altruista. Las asociaciones de ciudadanos, profesionales, afectados, usuarios han tenido un papel muy importante, al desplazarse a los auténticos escenarios de la marginación, asumiendo riesgos, incomodidades e incluso marginación frente a otros profesionales o voluntarios establecidos en estructuras no de primera línea.

Sin embargo, en determinadas circunstancias, el resultado es una extraordinaria precariedad o una progresiva empresarización de asociaciones y ONG, con pérdida de la independencia frente a las administraciones que reparten las subvenciones.

A veces, las administraciones frente a responsabilidades en materia de sanidad y servicios sociales, responden con subvenciones muy por debajo de lo que supondría una respuesta estructurada.

Hay que coordinar la actuación de las ONG, dotarlas de recursos adecuados a sus tareas y apoyar la elaboración de sus resultados para que sus esfuerzos vayan a parar a trabajos prácticos y de campo y no a tareas burocráticas.

PROGRAMAS OUTREACH O DE ACERCAMIENTO.

Suelen ser programas de calle que actúan en medio abierto, en entornos próximos a lugares de consumo, proporcionando educación sanitaria, servicios materiales preventivos.

También se dan en locales cerrados. En Francia existen numerosos centros de primera línea denominados “boutiques”. En España se han denominado, en algunos casos, Centros de Emergencia Social. En Portugal y Francia existen albergues nocturnos específicos para usuarios de drogas altamente marginalizados.

ANALISIS IN SITU DE DROGAS DE SINTESIS.

Existen algunas ONG que actúan en discotecas y escenarios de fiesta para reducir los daños de consumos de **drogas de síntesis**. Algunos equipos de Francia y España realizan análisis de pastillas en el mismo entorno del consumo. En Italia no se realiza el test, pero aisladamente algún equipo acude a las *raves* para aconsejar, cosa que no ocurre en Portugal. No existe en ninguno de los países un modelo de atención específico y amplio para reducir los daños en estos consumidores.

Energy Control es una de las organizaciones que realiza este servicio de análisis que puede asesorar al usuario para que haga un uso de menor riesgo de las sustancias que va a consumir. Los detalles se hallan muy bien descritos en su página web.¹⁶¹

PROGRAMAS CON OPIÁCEOS Y DERIVADOS: BUPRENORFINA, METADONA (DE BAJO Y ALTO UMBRAL), LEVO-ALFA-ACETILMETADOL (LAAM), HEROÍNA

En lo que se refiere a los **tratamientos con agonistas opiáceos**, las diferencias son llamativas, según los países. Francia se caracteriza por un modelo prescriptivo ejecutado principalmente por

los médicos de atención primaria y principalmente con buprenorfina a alta dosis, mientras que en España e Italia predomina la prescripción por servicios autorizados con metadona. En Portugal el desarrollo del mantenimiento con metadona está menos desarrollado, aunque fue la primera que lo incorporó en 1976. Portugal también fue pionera en la introducción del levo-alfa-acetilmefadol, LAAM, en 1994, que luego sería exportado a España en 1997, si bien no se ha consolidado.

Es de destacar que Francia es el único país de los cuatro que posee una amplia red de médicos generalistas que tratan en sus consultorios a pacientes drogodependientes, mientras los demás países lo hacen desde servicios específicos. Ninguno de los cuatro países ha puesto en marcha un programa generalizado de tratamiento con heroína, aunque en Francia y España se han realizado ensayos.

España destaca por la gran expansión de tratamientos con metadona, incluso en las prisiones (tratamiento accesible en todas las cárceles del país), caso único en Europa.

En Francia y España la **distribución territorial** de los servicios de atención a pacientes drogodependientes es bastante homogénea, mientras que en Italia las ciudades del norte (Milano, Torino,

y Bolonia) disponen de mayor oferta y de una mejor cooperación entre ONG y administraciones.

El concepto y la aplicación de la reducción de daños parece haber generado en Italia cierta batalla ideológica y parece menos implantado que en Francia y España. Portugal mantiene un modelo de atención más orientado a la abstinencia con servicios específicos en los que predominan los psiquiatras. Existen algunos programas de calle, centrados en Lisboa y Algarbe, y en general poco desarrollo de los tratamientos con metadona y LAAM. A pesar de todo ello, ha habido declaraciones preconizando la legalización de las drogas por parte de algunos de sus gobernantes.

PROGRAMAS DE ENTREGA Y RECUPERACIÓN DE JERINGAS.

Entregan material nuevo de inyección y recogen el usado. En el curso de la relación proporcionan información sanitaria. Se han implantado en servicios específicos de atención a consumidores de drogas, centros de asistencia primaria, farmacias, algunas instituciones sanitarias y algunas instituciones penitenciarias.

El desarrollo importante de estos programas se inició a partir de 1993, cuando ya se habían notificado cifras de prevalencia de infección por VIH

moderadas e incluso altas entre los usuarios de drogas por vía parenteral¹⁶². En 1998 había más de 2.000 puntos de intercambio de material de inyección, predominando las farmacias en Portugal y Francia, las máquinas en Italia y servicios específicos con recursos humanos en España¹⁶³. Este mismo informe señala que la creación y expansión de estos programas para prevenir la difusión de la epidemia del VIH en estos países fue tardía.

SALAS DE CONSUMO SUPERVISADO

El gran avance en la asistencia de usuarios de drogas inyectadas lo constituye la supervisión del momento mismo del consumo. Las salas de inyección supervisadas, también denominadas lugares de inyección segura, centros de inyección supervisada.¹⁶⁴

Después de iniciativas en Holanda al inicio de los años 70 dirigidas a conseguir cierta intimidad durante la inyección de drogas, los primeros esfuerzos en supervisar la inyección aparecieron en junio de 1986 en Berna. Desde entonces han aparecido más de 60 salas en varias decenas de ciudades europeas y diversos proyectos en Australia y Canadá¹⁶⁵.

En España las salas de inyección supervisadas, aparecen al inicio de la década de los 2000 en

Madrid, Bilbao y Barcelona, después de horribles experiencias de consumo masivo en lugares mugrientos.

En un recomendable informe del Centro europeo de seguimiento de drogas y adicciones (Hedrich D. European report on drug consumption rooms. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Luxemburg, 2004)¹⁶⁶ y la aproximación a su esencia de *drogomedio*¹⁶⁷ se cita que no hay sobredosis descritas en las salas de inyección supervisadas, a pesar de los millones de consumos de drogas y los miles de emergencias tratadas.

A este objetivo se orienta la instauración de espacios de consumo higiénico o salas de venopunción (a evitar la terminología equivoca y peyorativa de narcosalas).

Es importante hacer énfasis en que lo importante no es el nombre, ni siquiera las características de las salas de inyección. Lo importante es que el consumo se dé en condiciones de intimidad, higiene y protección de las reacciones agudas. Lo que es realmente importante es que existan cada vez más salas, adaptadas a las necesidades de cada entorno.

Las primeras salas de inyección han sido diseñadas fundamentalmente para el consumo de heroína. Ha sido mayor la voluntad de implantar las salas -como

un reconocimiento del momento más delicado del consumo- que buscar su funcionalidad. En consecuencia, se han aprovechado zonas mal dotadas, pequeñas, mal ventiladas, almacenes, cualquier rincón en un ímprobo inicial esfuerzo de poner en marcha dispositivos sanitarios que disminuían las enfermedades e incluso las muertes.

En el momento actual, hay que sacar experiencias para el diseño de nuevas salas y tener presente las características del creciente consumo de coca, que exige mayor espacio para hacerse cargo de las posibles situaciones de agitación psicomotriz.

Equipo

Ha de haber un equipo adecuadamente entrenado. Pero no hay que restringir estas dependencias a la presencia de personal titulado. En función de la formación de las personas a cargo de la sala, se podrá considerar diferentes objetivos.

Hay que cuidar al personal. Se han de evitar excesivas obligaciones, incidiendo en que es una actuación de disminución de riesgos y no pueden plantearse objetivos excesivamente ambiciosos.

Es una actividad ampliamente estresante, que lleva a no pretender estar mucho tiempo dentro de la sala. Se ha de proponer una supervisión más ligera de

aquellos usuarios con ya buenos hábitos y habitualmente escasas complicaciones.

Ha de haber un servicio de orden que en situaciones conflictivas pueda hacerse cargo del control de la sala, descargando de esta tarea al personal de asistencia de la sala.

Formación previa.

Es muy importante la formación previa, específica, dirigida a dar respuesta preparando para las actualmente ya conocidas incidencias que puedan ocurrir. Se han de realizar periódicos cursos de reciclaje, dado que es de esperar una elevada rotación de personal. En especial se ha de realizar adiestramiento del uso del desfibrilador semiautomático (si se cuenta con él) .

Espacio

Adecuado, suficiente. En especial en ámbitos si existe consumo de coca que da lugar a importante agitación física y psíquica.

La decoración y mobiliario ha de ser simple, con tendencia a evitar elementos favorecedores de alucinaciones. Suelos y paredes han de ser lisos, de un solo color, para evitar alucinaciones visuales y la

sensación de haber perdido dosis de droga o algún otro objeto.

Zona de reposo post-consumo.

Conviene contar con una zona donde pueda recuperar el usuario la tranquilidad tras el consumo.

Material

Material de inyección. Jeringa, gomas elásticas para realizar torniquetes, agua destilada, filtro, ácido cítrico, toallitas de alcohol para limpieza de la piel, recipientes para preparar la mezcla, como cazuelitas, tapones o cucharas.

Tiene que haber en algún lugar bien visible un recordatorio de cómo realizar un consumo de menor riesgo.

Material de reanimación. Ambú, tubo de Mayo o de Guedel,

Desfibrilador semiautomático preparado para la utilización por personal no médico. Muy importante contar con él.

Material de limpieza

Normas de consenso del equipo.

Hay que consensuar la actuación ante situaciones complejas, como inyectarse en el cuello y zonas consideradas peligrosas o que un usuario solicite inyectar a otro. Medidas ante mal uso de la sala, motivos y las circunstancias que pueden llevar a limitar a un consumidor la utilización del servicio.

Seguridad

Es conveniente realizar simulacros ante situaciones críticas. En especial, ante el paro respiratorio y cardiaco y una situación de peligro de agresión a algún miembro del equipo. Establecer medidas de autoprotección, de solicitud urgente de auxilio.

Mayor número de salas

Lo ideal es evitar salas masivas con gran capacidad de atracción y que ocasionen situaciones conflictivas en el interior y en el entorno. Habría que potenciar salas pequeñas, domésticas, con buena relación y conocimiento entre profesionales y consumidores.

Contar con el vecindario

Al diseñar una sala de inyección y en general cualquier dispositivo de atención a consumidores de drogas hay que contar con el vecindario. Conviene que los vecinos sean un elemento a favor y no una

oposición. Cabe divulgar las ventajas de las salas de venopunción como elementos de atención sanitaria, por parte de técnicos y profesionales sanitarios, preferentemente a políticos

En general, los ciudadanos no están en contra de la atención de consumidores de drogas, ni de las salas de inyección. Las quejas están en su ubicación. Nadie suele quererlas en su entorno.

También conviene evitar que se utilicen las salas para la reivindicación de cuestiones ciudadanas y urbanísticas. Al asentarse en zonas deprimidas, aparece no sólo la desconfianza ante un nuevo dispositivo, sino que afloran las quejas en relación a reclamaciones pendientes.

Documentos

Es conveniente contar con una determinada documentación:

Consentimiento informado

Sirve para informar y delimitar responsabilidades, mostrar al usuario de la sala que él es quien toma la decisión última de acudir o no acudir y solicitar la posibilidad de utilizar los datos de forma anónima para estudios clínicos.

Hoy, día / mes / año , acudo a la sala de venopunción higiénica. He sido informado de la no autorización de inyección a personas menores de 18 años o embarazadas, de la conveniencia de permanecer 30 minutos en la zona de observación y de la necesidad de dirigirme a un centro hospitalario para considerar mi observación durante 24 horas, en caso de parada respiratoria o cardiaca.

Por razones de mi propia seguridad, informo del consumo de drogas en la semana previa y de la sustancia y dosis que voy a administrarme.

Tengo conocimiento de que la violencia física, destrucción de material y tráfico o comercio de drogas limita el acceso futuro a la sala.

Autorizo al personal del servicio a la actuación protocolarizada en caso de reacción aguda al consumo de drogas. También autorizo que los datos puedan usarse de forma anónima para estudios clínicos.

Nombre

Apellidos.....

Firma,

Este documento tiene carácter confidencial y su contenido no puede ser divulgado sin autorización expresa del paciente que lo ha firmado.

Hoja de registro de actividad

Es conveniente registrar la actividad para analizar el trabajo y diseñar actuaciones futuras. Evitando recoger más datos de los necesarios y generar un exceso de trabajo para el profesional.

Siempre que sea posible el registro se ha de hacer a través del ordenador, para facilitar la explotación de los datos.

Sociodemográficos: edad, sexo, número del historial del centro. Datos en relación al consumo: sustancia que va a consumir, consumos y vías utilizadas en las 8 horas anteriores o 24h en caso de la metadona. Registro de si utiliza una técnica correcta, las zonas de punción utilizadas y si el consumidor recibe ayuda en la venopunción o si también se ayuda en la punción de ésta y si el consumo es higiénico o no. A través del número de historial del centro ha de haber la posibilidad de tener información al historial de la persona para abordar otros aspectos sanitarios y sociales.

Hoja de registro de la sala de venopunción												
Nombre Apellido	Nº Historia	Edad	Hora Entrada	Hora Salida	Kit	Citrino	Smart t	ARV/ P	ARV/ Substancia	Substancia anterior	Via	Consumo Higienico

Kit: nº de jeringuillas que damos; ZP: zona punción; ARVP: ayuda recerca vena y punción; ARV: ayuda recerca vena; Substancia anterior: consumo en las anteriores 8h (24h en caso de la metadona)

Hoja de reacciones adversas

En la sala de consumo se cuenta también con una hoja de recogida de las reacciones adversas, en particular, las sobredosis.

Se recogen datos propios de la persona, como nombre, nº de historia, edad, si acude solo o acompañado. Datos en relación al consumo, fundamentalmente la etiología de la reacción adversa o sobredosis, antecedentes tóxicos durante las 8h anteriores (24h en caso de la metadona), el tipo de vía por la que ha consumido las diferentes sustancias. Por último se recoge la clínica que presenta; (consciente, inconsciente, obnubilado, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, cianosis, tetania y convulsiones); y la intervención realizada, el material y el tratamiento utilizado (colocación del tubo de mayo o Guedel, utilización del ambú, contención verbal, administración de naloxona, valium, glucosmon, anexate, olanzapina y la vía de administración).

ESPACIOS PARA MUJERES

El alto número de hombres que consumen drogas a hecho que los servicios asistenciales estén mayoritariamente dirigidos a ellos. Por lo que se hace necesaria la creación de espacios diversificados.

Metzineres en Barcelona es un espacio dirigido a Las mujeres y las personas no conformes con el género¹⁶⁸, mientras que otros servicios se plantean atención en espacios o bien horarios diferenciados.

REACCIÓN AGUDA AL CONSUMO DE DROGAS

Ponerse, chutarse, meterse, es uno de los momentos más delicados del consumo. El usuario lo sabe y es el motivo por el que a menudo consume cerca de instituciones asistenciales donde, a pesar de la prohibición de consumir, sabe que puede recibir más fácilmente atención, si surge algún problema. Las reacciones agudas al consumo de droga se deben a la droga consumida, al efecto de la combinación de varias drogas en el cuerpo o a la presencia de aditivos que se mezclan con la sustancia y que son perjudiciales. Hay reacciones inmediatas y reacciones que se producen al cabo de unas horas.

La reacción aguda comprende diferentes situaciones. Incluye la auténtica sobredosis, ocasionada por la presencia en el organismo de una cantidad de sustancia que provoca reacciones anómalas y puede llevar a la muerte.

La sobredosis por opiáceos puede llevar a la muerte a través de la depresión del centro respiratorio y que la persona acabe dejando de respirar. Situación mortal si no se actúa.

La sobredosis por coca puede producir accidentes cardiovasculares.

Por último hay que diferenciar otras reacciones agudas al consumo de drogas. Como reacciones alérgicas, embolias arteriales y accidentes cardiocirculatorios. Es importante diferenciar estas circunstancias.

Síndrome de la sobredosis por opiáceos. Diagnóstico

El síndrome de sobredosis por heroína consiste en la disminución del habitual estado de conciencia, de los movimientos respiratorios y del tamaño de las pupilas o miosis.¹⁶⁹ Si se dan estas tres circunstancias hay una gran posibilidad de que se trate de una sobredosis por opiáceos. Con estos síntomas se escapan pocas sobredosis (tiene un 92%

de sensibilidad para el diagnóstico) y es difícil que detrás de estos síntomas no exista una sobredosis (76% de especificidad)

Las situaciones que pueden causar sobredosis son varias:

Mayor pureza de la heroína utilizada

Disminución de la tolerancia a la sustancia tras períodos más o menos largos de abstinencia (tratamiento, prisión, hospitalización).

Mezcla de sustancias: benzodiazepinas, heroína, metadona, alcohol, que se agrava con el consumo de otras, fundamentalmente sedantes, benzodiazepinas-y alcohol.

La heroína produce depresión del centro respiratorio¹⁷⁰ En tal caso, es preciso que la persona siga respirando: mantener libres las vías respiratorias con el tubo de mayo y seguir inyectando oxígeno a sus pulmones a través de la respiración ayudada por un balón de goma que se denomina ambú. Si no se recupera la conciencia y la respiración espontánea, hay que pasar rápidamente a administrar la naloxona, el antídoto de la heroína en los receptores del organismo. Actúa de manera que aunque haya heroína en sangre, no hace efecto a la persona que la ha consumido, porque los receptores que recibirían

la heroína son ocupados por la naloxona, que no tiene efectos tóxicos sobre el organismo. Como efectos colaterales, en algunas ocasiones, a causa de la naloxona, aparecen temblores, arritmia y agitación

171

Plan de actuación frente a una situación de sobredosis por opiáceos

Situación previa:

1. Desarrollo y existencia de un protocolo de actuación frente a las sobredosis. Conocer el número de teléfono de los servicios con los que se va a contactar.
2. Adiestramiento inicial y reciclaje de las personas que presumiblemente han de atender las sobredosis
3. Es conveniente que el equipo tenga y sepa utilizar un desfibrilador externo semiautomático. Se trata de un equipo con un sistema informático de análisis del ritmo cardíaco que, si está indicado, libera una descarga eléctrica para superar la situación de fibrilación ventricular que ha llevado a la parada cardíaca. No es preciso que el personal que lo utiliza sepa reconocer los ritmos cardíacos. Únicamente debe poner los electrodos adhesivos en la persona a tratar. El desfibrilador externo semiautomático requiere que el operador presione el botón de

analizar para que el aparato inicie el análisis del ritmo cardíaco, y el botón de choque para liberar la descarga eléctrica. Se considera un desfibrilador más seguro que los automáticos ya que el operador tiene la última decisión de realizar o no la descarga eléctrica.¹⁷²

Actuación en el momento de la sobredosis

1. Si existe cualquier riesgo para el reanimador, solucionarlo. En especial, hay que retirar la jeringa de la víctima para evitar pinchazos accidentales.
2. Valorar la conciencia. Si no responde a pesar de estimularlo, pedir ayuda a las personas cercanas y seguidamente abrir al máximo la vía aérea respiratoria. Si no ha habido ningún traumatismo previo, ni siquiera sospecha de ello, la mejor manera es con la maniobra frente-mentón. Se levanta el mentón a la vez que con la otra mano se lleva hacia atrás la frente de la persona en sobredosis. Puede utilizarse si se dispone de un cánula de Guedel y retirar cuerpos extraños visibles de la boca. La cánula de Guedel es un dispositivo de material plástico que, introducido en la boca de la víctima, evita la caída de la lengua y la consiguiente obstrucción del paso del aire. Si es posible, elegir el tamaño adecuado, que debe coincidir con la distancia que haya entre la comisura bucal y el ángulo de la mandíbula.¹⁷³

3. En el ámbito de consumidores de drogas, una peculiaridad de la reanimación es que se trate de una sobredosis por heroína o mórficos en general. Hay que reconocerla con rapidez para realizar el tratamiento específico y continuar con la reanimación habitual si no responde.

Si se confirma la existencia de **pupilas pequeñas, disminución del nivel de conciencia y enlentecimiento respiratorio**, es muy posible que se trate de sobredosis por opiáceos. **Administrar naloxona**, antagonista de los opiáceos.

Naloxona, ampollas de 0,4 mgs/ml. Administrar 1-2 ampollas en vena, sin diluir; repetir cada 3-5 minutos, hasta un máximo de 2 mgs, (5 ampollas). En un entorno hospitalario, se puede administrar **Naloxona** en dilución de 2,4 mgs en 100 ml de suero fisiológico a pasar de 10-40 ml/h para un adulto de 70 kgs.

Dada la gravedad de la situación, la naloxona puede administrarse por cualquier vía: intravenosa, muscular, subcutánea. Si no revierte la falta de respiración o hay sospecha de consumo también de benzodiazepinas o se ha superado la dosis de 2 mgs de Naloxona administrar el antídoto de las benzodiazepinas, Flumazenilo.

Flumazenilo (Anexate), ampollas de 1 mg/10ml. 0,25 mgs (2,5 ml), lentamente, y seguir con 0,1 mg iv hasta un máximo de 1-2 mg.

Si hay sospecha de que se ha consumido **grandes dosis de alcohol** y no se recupera el nivel de conciencia, hay que descartar el descenso de glucosa y, en caso de duda, **administrar Glucosmon** en vena.

3. Si respira con normalidad pero no responde se coloca a la víctima en posición lateral de seguridad. Si no respira de forma normal, se procede a Activar el Sistema de Emergencia 112 o 061. No olvidar comunicar el tipo de emergencia y la localización de la incidencia.

4. Realizar 30 compresiones en el centro del tórax (no hace falta confirmar la ausencia de pulso)

5. Posteriormente se realizan secuencias de 30 compresiones torácicas con un ritmo de 100 por minuto y 2 insuflaciones boca-boca o con balón de goma (ambú), que se conectará a una bombona de oxígeno, si es posible. Es importante observar el desplazamiento del tórax con las insuflaciones. De no producirse, ha de sospecharse que existe obstrucción de la vía aérea o que la maniobra frente-mentón ha sido incorrecta.

6.- Se continúa la secuencia 30:2 hasta la llegada del equipo de emergencia con desfibrilador semiautomático (DEA) o la recuperación del paciente. Caso de que se indique descarga, se realizará una sola y se seguirá con las maniobras de reanimación 5 ciclos de 30:2

7.- Si se dispone de DEA (desfibrilador semiautomático) se colocarán los parches-electrodos y se seguirán las instrucciones.

8.-Medicamentos útiles.

Si está inconsciente y no respira y no ha respondido a Naloxona, administrar Adrenalina 1 mg intravenosa cada 3-4 minutos, mientras se siguen la secuencias de compresiones y ventilaciones.

Programas de adiestramiento a usuarios para la asistencia a sobredosis

Para disminuir las muertes por reacción aguda al consumo de drogas, se ha planteado abandonar el consumo, cambiar la vía intravenosa por la fumada o inhalada, formación a los usuarios sobre cómo actuar en caso de reacciones agudas al consumo y la promoción de salas de inyección, donde los usuarios se inyectan en presencia de personal preparado para asesorar sobre un consumo de menor riesgo y atender las complicaciones que se puedan producir.

E incluso utilizar ellos mismos la naloxona. Los usuarios de drogas se muestran preocupados ante las reacciones agudas al consumo. Es conveniente que los consumidores reciban la formación necesaria para prevenirlas y poder socorrer a cualquier persona que se encuentre en una situación de emergencia. El adiestramiento en técnicas de reanimación incluyendo la utilización de naloxona debe fomentarse en la población consumidora de drogas y su entorno.

Utilización de la naloxona por parte de los usuarios.

La administración de clorhidrato de naloxona es el tratamiento estándar para la sobredosis de heroína. La naloxona es simple de administrar, efectiva y tiene un riesgo muy bajo de daño. Prescribir naloxona a los usuarios de heroína para posterior uso en caso de necesidad es una medida simple y barata de reducción del daño, que tiene el potencial de reducir la mortalidad por sobredosis de heroína¹⁷⁴

Cabe la posibilidad de realizar un programa de formación rápida antes de distribuir la naloxona a los usuarios. Como regla mnemotécnica todas las respuestas son verdaderas

La NALOXONA es el antídoto o tratamiento de la sobredosis grave por heroína

La salud cuando se vive en la calle

VERDADERO	FALSO
-----------	-------

Las ampollas de NALOXONA pueden inyectarse en vena en casos en que la sobredosis por heroína ponga en peligro la vida de la persona. En los casos en que no se encuentre la vena puede inyectarse por vía intramuscular o subcutánea.

VERDADERO	FALSO
-----------	-------

En la sobredosis por heroína, las pupilas de los ojos se hacen muy pequeñas y la respiración cada vez más lenta

VERDADERO	FALSO
-----------	-------

La administración de NALOXONA a otra persona puede salvarle la vida, pero ha de quedar claro que

La salud cuando se vive en la calle

se hace bajo la responsabilidad de la persona que la inyecta.

VERDADERO	FALSO
-----------	-------

Como los efectos de la NALOXONA son de muy corta duración es conveniente pedir ayuda por teléfono al 112 para que la persona con sobredosis de heroína pueda estar en observación en las siguientes horas.

VERDADERO	FALSO
-----------	-------

Yo,

Afirmo que conozco los síntomas de sobredosis de heroína y la forma cómo ha de administrarse la NALOXONA que es el tratamiento de la sobredosis por heroína

VERDADERO	FALSO
-----------	-------

Se han realizado campañas más estructuradas para la formación de los usuarios de drogas por vía parenteral o sus contactos sobre cómo actuar en situaciones de reacción aguda a la heroína.

Talleres para prevenir muertes por depresión del centro respiratorio en consumidores de heroína intravenosa

Los talleres están dirigidos a personas usuarias de drogas y a sus amigos, conocidos y familiares.

El objetivo más importante que se pretende conseguir es disminuir el número de muertes por sobredosis en la ciudad de Barcelona.

En el curso de talleres grupales -grupos de dos a seis personas- de unas dos horas de duración, en el curso de las cuales aprenden a prevenir, reconocer y revertir reacciones adversas al consumo de heroína y cocaína. Al final del taller y después de haber

pasado un test evaluativo, los participantes en los talleres están concretamente capacitados para revertir una depresión del centro de respiratorio por heroína con naloxona, la sustancia antídoto de la heroína, y en el caso de que no exista personal sanitario que pueda hacerse cargo de la situación.

Analisis de sustancias

En la última década no se han producido cambios significativos en la atención a consumidores de drogas no legales. Las líneas de trabajo se centran en la persecución del tráfico, desarrollo de programas de deshabituación y de mantenimiento y disminución de los riesgos derivados del consumo. Un nuevo ámbito a potenciar es el estudio y posibilidad de actuación sobre los mercados de la droga.

Según informadores, el gran distribuidor recibe del extranjero heroína o cocaína, de gran pureza y en grandes cantidades. Vende estas sustancias a 17€ el gramo en ventas superiores a 100grs y a 22€ en cantidades inferiores a 100 grs, siguiendo los modelos comerciales de los mercados legales donde la compra a mayor cantidad resulta más económica. A partir de este primer nivel entran en juego otros intermediarios que venden en la calle el gramo de heroína entre 40 y 60€ y el gramo de cocaína entre 50 y 60€. La combinan con otras sustancias, con lo

cual aumentan sus ganancias, sin saber cuál ha sido la mezcla que pueden haber hecho anteriores intermediarios. Las dosis están contenidas en bolitas, por lo que en el argot callejero se conocen como “bolas”, si el envoltorio es de plástico, o “papelina”, si es de papel.

Según datos de la Oficina Central Nacional de Estupefacientes en cantidades de 1Kg o superiores la pureza es del 46% en la heroína y del 72% en cocaína.

En análisis de bolas de 1 gramo ya dispuestas para el consumo, la pureza disminuye en un 13,5% en el caso de la heroína y en un 22,5% en el caso de la cocaína, como resultado de añadir otras sustancias para conseguir mayores ganancias¹⁷⁵.

Heroína y cocaína se mezclan con sustancias consideradas diluyentes como azúcar, yeso, harina, sacarina y leche en polvo, para aumentar el volumen de ventas y con adulterantes farmacológicamente activos que pueden contribuir a los efectos de heroína y cocaína.

En un estudio sobre 17 muestras, de filtros para evitar impureza y droga propiamente dicha, facilitadas por usuarios en la sala de venopunción antes del consumo, las muestras de cocaína

contenían lidocaína, procaína, fenacetina, tetracaína, levamisol y disolventes, y en las de heroína paracetamol (en todas las determinaciones), cafeína y disolventes¹⁷⁶. Algunos de estos adulterantes son de distribución generalizada y añadidos ya en los países productores.¹⁷⁷

NECESIDADES BÁSICAS

Comedores y distribución de alimentos

1. Higiene. Ducha, ropero, servicio de lavandería y utensilios de higiene
2. Alojamiento
3. Documentación. Tramites regularización y atención. Inmigrantes.
4. Prestaciones económicas. (Pensión no contributiva, renta mínima de reinserción, RMI, paro, orfandad, excarcelación)
5. Inserción social y laboral. Cursos de formación, ocupación del tiempo, pre-laborales o inserción socio laboral
6. Informes sociales, judiciales, seguimiento, solicitud de ayudas, supresión multas...
7. Contacto familiar vía telefónica (familia, trabajo, amigos)

Reciclar

En las ciudades frecuentemente se dan grandes desequilibrios sociales, con excedentes en áreas acomodadas y necesidades básicas no cubiertas en zonas deprimidas. Centenares de metros, escasos kilómetros separan diferentes realidades. Puede haber voluntad ciudadana de redistribución, los ciudadanos suelen estar predispuestos a dar alimentos y ropa para cubrir necesidades básicas, con más facilidad que dinero de mas incierto destino. Pero resulta complicado y caro el almacenaje y distribución. Por ello si se quiere poner en marcha un equipamiento dirigido a personas en situación social deprimida hay que analizar diferentes variables, desde qué necesidades hay que cubrir hasta cómo se hace la entrega.

Qué necesidades hay que cubrir	Con qué se cuenta previamente	Quién da el excedente	Cómo se hace la recogida y almacenamiento	Cómo se hace la entrega
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------	---	-------------------------

Alimentación.

Comedores gratuitos

En la mayoría de localidades existe una red de comedores públicos a los cuales se puede acceder de forma gratuita. Sin embargo, en muchas ocasiones las plazas de comedores no están adaptadas a la demanda ni han surgido de un estudio de necesidades

Suele haber tres tipos de comedores: municipales, privados-concertados y comedores de otras entidades. En algunos se puede acceder libremente, pero en general la persona puede ir hasta tres veces sin necesidad de derivación profesional y a partir de aquí un profesional (normalmente trabajadora social) ha de realizar la derivación mediante un formulario (físico y/o electrónico). Puede ser un requisito haberse realizado previamente una prueba que informe del contacto previo a tuberculosis.¹

Distribución de alimentos

Diversas asociaciones ofrecen alimentos para llevar. Algunas veces es comida lista para consumir, bocadillos o incluso comida caliente. No suele haber

¹ Ante la reiteración de esta solicitud, hay que recordar que si esta prueba resulta positiva ya no hay que repetirla más y, si existe sospecha de tuberculosis, hay que remitir a la persona a su médico.

requisitos previos y es una importante ayuda para situaciones puntuales y personas que han agotado otros recursos. En ocasiones se distribuyen lotes de comida empaquetada o para cocinar que proceden de donaciones de empresas o excedentes de producción (pasta de sopa, leche, carne enlatada, arroz).

La logística en la donación de alimentos es complicada, por ello se han desarrollado bancos de alimentos que suelen aportar alimentos a asociaciones previamente acreditadas. Se intenta garantizar la periodicidad en el suministro de los alimentos, con una programación por fases durante el año, pero al depender de donaciones, a veces es difícil garantizar el suministro de determinados alimentos y también es difícil llegar a todas las personas. La entrega final la suelen realizar diferentes asociaciones, a las que no todos los colectivos y perfiles pueden tener acceso.

Un ejemplo: muchas parroquias realizan mensualmente entrega de lotes de alimentación pero solo pueden acceder personas que están empadronadas en el barrio y son derivados por una trabajadora social. Personas sin documentación no tendrían acceso. Además, debido al aumento de la demanda, han aumentado los perfiles de las personas que pueden recibir este tipo de ayuda, se suelen entregar lotes antes a familias numerosas, madres

solteras y personas mayores, que a hombres que viven solos como es el caso de muchos usuarios de drogas, probablemente porque se les otorga una mayor habilidad para buscar otros recursos.

La distribución de alimentos es una buena iniciativa que podría ir acompañada de cursos dirigidos a personas en condiciones sociales desfavorables y sin domicilio para que puedan aprender a preparar su comida.

Donaciones de particulares o empresas	Almacenamiento: bancos de alimentos	Entrega a asociaciones o individuos	Entrega final a individuos
---------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------

2- HIGIENE

Por recursos de higiene entendemos disponibilidad de material de higiene personal y duchas. En casi todas las ciudades existe escasez de duchas públicas o gratuitas. Se han impulsado otras actividades, pero se ha olvidado esta auténtica necesidad, que –por trivial- parece no ser aspecto prioritario dentro de las atenciones sociales. Dar respuesta a la demanda de duchas o de higiene personal es además un buen punto de contacto. A menudo, lo solicitan personas que podrían beneficiarse de otras prestaciones de integración. Cabe pensar soluciones imaginativas

como habilitar centros deportivos, escolares, en horas que no se utilizan. Ducharse va muy relacionado con poder utilizar una lavadora o tener ropa limpia para cambiarse. Es un conjunto de prestaciones que podrían considerarse de forma conjunta.

Estos servicios de duchas y lavandería a nivel público o privado, normalmente suelen tener horarios de mañana y el acceso es libre (el ticket en ocasiones se da el día anterior según orden de llegada). Los albergues y centros de reducción de daños suelen tener este tipo de servicios.

Ropa

La entrega de ropa usada forma parte de la cultura ciudadana, pero a menudo se da ropa que no va a ser de utilidad para determinada población. Almacenar ropa puede llegar a colapsar un servicio.

¿Qué ropa necesita la población? ¿Con qué periodicidad?

Esto se puede determinar con un seguimiento de la ropa que se distribuye cada mes (incluso puede hacerse un seguimiento, según las estaciones del año) y de la que se carece, a fin de realizar llamadas concretas en relación a determinadas prendas y evitar otras innecesarias.

Tipo de ropa	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Zapatos			
Calcetines			
Calzoncillos			
Bragas			
Pantalones de hombre			
Pantalones de mujer			
Camisas			
Camisetas			
Ropa de abrigo			
Mantas			
Toallas			
....			

Lavadora-secadora

Es una prestación complicada, ya que implica utilizar un notable tiempo en el lavado y secado, una supervisión para evitar hurtos y que no se introduzcan por error objetos entre las ropas. Algunos centros asistenciales cuentan con lavadoras industriales, pero son insuficientes para las demandas de todos los usuarios. Una alternativa sería ofrecer bonos, vales o descuentos para utilizar los servicios de lavandería privados establecidos en el barrio o localidad.

ALOJAMIENTO

Carecer de domicilio entraña una serie de dificultades difíciles de imaginar para aquellos que lo poseemos. No hay un lugar donde lavar la ropa, donde guardarla, ni siquiera donde dejar la documentación para evitar que sea robada. Ocasiona incomunicación, desarraigo, una notable indefensión y facilita las agresiones.

La falta de alojamiento supone una de las grandes deficiencias sociales de la mayoría de ciudades y es un tema prioritario en la atención social de este colectivo. Existen los *albergues municipales de acogida temporal* y baja exigencia donde el acceso es directo; *Acogida residencial* (centros donde se requiere de protocolos de derivación y perfiles específico, como contrato de trabajo, situación de

convalecencia, VIH...etc.); *Dispositivos puntuales* (cuando las temperaturas bajan de 3° y 0°); *servicios de urgencias sociales*; *plazas en centros/pisos concertados* (personas en tratamiento y no consumo) y *pensiones privadas*. Suele haber más demanda pero también más carencia de plazas en ciudades grandes.

Centros de alojamiento Albergues

Existe una gran variedad de albergues, a menudo se hallan lejos de las zonas en las que habitualmente se desenvuelve la población en situación social deprimida. Exigen acudir por la tarde a primera hora y abandonar el recinto por la mañana, temprano. Incomodidades que, en ocasiones, hacen preferir dormir en la calle. Un tema a considerar son las personas que tienen perros de compañía. No deshacerse de los animales lleva a seguir durmiendo en la calle. Cabe contemplar un equipamiento que disponga de un lugar también para perros. Podría aprovecharse para plantearse las condiciones higiénicas de estos animales.

En algunos establecimientos está vetado el acceso para consumidores de drogas bajo la premisa de que ya hay otros lugares especializados. Hecho que no suele ser real y que implica una nueva limitación.

En Barcelona hay tres centros de alojamiento público definidos como de acceso directo.¹⁷⁸

Operación frío, operación invierno. Operación calor.

Comprende una serie de medidas que se ponen en marcha en la estación invernal o cuando bajan las temperaturas para la atención específica de las personas que están en la calle. Implica adaptar locales para pasar la noche. Cuando suben las temperaturas, desaparecen estos dispositivos y sugieren un afán para tranquilizar la conciencia social, dando a entender que el frío es el único motivo de preocupación ante las personas que duermen en la calle.

Casas ocupadas

Son una alternativa. La ocupación de casas por población sin techo es un fenómeno muy diferente a los movimientos *okupas* ciudadanos y, de hecho, no suelen relacionarse unos y otros, más que accidentalmente. El ocupador sin techo prioriza protegerse de los peligros de la calle a reivindicaciones culturales y sociales. Las casas ocupadas suelen tener muy malas condiciones higiénicas y favorecen parasitaciones de pulgas y sarna. Menos frecuentemente se dan mordeduras por roedores. En casas ocupadas por consumidores de

drogas es frecuente que se utilicen contenedores para tirar las jeringas usadas y que uno de los miembros acuda a los programas de intercambio de jeringa solicitando y entregando grandes cantidades de jeringas. Constituye uno de los tipos de grandes intercambiadores

Pensiones

Uno de los lugares más familiares para las personas sin techo son las pensiones. Allí acuden cuando han conseguido el dinero necesario o si alguien les paga la habitación. Algunas asociaciones, dentro de sus prestaciones, tienen concertadas habitaciones en pensiones para personas con problemas sociales o sanitarios. Una limitación importante estriba en la necesidad de tener que identificarse en hoteles y pensiones, cuando muchas de estas personas carecen de documentos para acreditarse. Por ello muchos han de seguir durmiendo en la calle, por no poder cumplir este requisito. En estos casos sería de gran ayuda llegar a algún pacto de manera que con el aval de alguna asociación o algún otro documento accesible pudieran puedan ocupar una cama en una pensión.

Centros integrales

El futuro probablemente está en centros de múltiples prestaciones, que respondan a muchas de las necesidades de esta población.

Que ofrezcan prestaciones para consumidores de drogas, intercambio de jeringas, entrega de preservativos, papel aluminio, pipas, salas de consumo inyectado, fumado, programa de metadona, visita de psiquiatra, psicólogo. En el aspecto social y sanitario, lavandería, ropero, duchas, consulta médica y de enfermería, asesoría social, legal, club-sala de estar. En un plano de inserción, disponer de un espacio educativo donde realizar cursos, programas de formación y talleres pre-laborales.

También, una zona albergue que sería ideal que contara entre 10 y 40 plazas. Si consideramos una estancia media de 6 días, en un centro de 10 camas que trabaje todo el año, se pueden conseguir 600 estancias al año, que contribuirían a cambiar el perfil de las personas que se hallan en la calle. Esos 6 días habría que aprovecharlos para mejorar sus condiciones físicas -descanso, alimentación, higiene-, revisión médica, actividades preventivas como vacunación, completar su documentación, DNI, empadronamiento, cartilla sanitaria y desarrollar proyectos de futuro.

Centros de día

Pensando en alojamiento se suelen tener en cuenta solo las horas nocturnas porque son las habituales del descanso. Pero no hay que olvidar que personas sin domicilio estable pueden necesitar un lugar donde cobijarse también durante el día. Esta función la cumplen los centros de día, que además de ofrecer un sitio para estar, descansar y calentarse en invierno, cuentan con prestaciones básicas como duchas, lavadora y complemento alimenticio y suelen tener una amplia oferta educativa. Algunos también ofrecen la posibilidad de recibir correspondencia y/o de guardar las pertenencias en taquillas.

DOCUMENTACIÓN

Recursos más utilizados: Servicios de atención a nacionales, comunitarios y extranjeros sin domicilio fijo; oficinas de atención al ciudadano (OAC) para personas con domicilio; servicios sociales de atención primaria; centros de atención primaria (tarjeta sanitaria), OTG, comisarías de policía, Subdelegación del Gobierno, consulados, ONG y centros homologados para la tramitación de prestaciones.

DNI: documento nacional de identidad. Hay que ir a una comisaría para formalizarlo, entregar fotografías

y pagar una cierta cantidad., mejor concertar cita previa.

NIE: número de identificación para extranjeros. Generalmente los extranjeros comunitarios tienen que tramitarlo en comisarías específicas y los extranjeros no comunitarios en la Subdelegación de Gobierno y oficinas de extranjería correspondientes. El carné de prisión no tiene validez documental. Oficiosamente sirve para identificar a la persona (lleva huellas y foto). En algunas ocasiones permite identificarse en pensiones y hoteles.

EMPADRONAMIENTO

Permite tener acceso a Centro de Atención Primaria, acceso a tratamientos con metadona y posibilidad de regularizar la situación administrativa por arraigo. Para tener derecho al empadronamiento hay que acreditar un domicilio, es decir, presentar el contrato de alquiler, factura de agua o equivalente y la propia identidad con un documento. En el caso de los españoles, DNI o carné de conducir; y en el caso de extranjeros, pasaporte o NIE. Han de dirigirse a la Oficina de atención ciudadana del distrito.

Las personas sin domicilio han de dirigirse a servicios y entidades que disponen de autorización de empadronamiento y que permiten empadronarse en la dirección de la misma entidad. Es igualmente requisito indispensable el DNI o pasaporte.

Algunas entidades facilitan el empadronamiento de personas que además de estar en situación administrativa irregular, se hallan en la calle. Es una vía que puede mitigar en algunos casos los efectos de la falta de permiso de residencia.

Puede ser diferente en función de las diferentes localidades¹⁷⁹. Las personas sin domicilio fijo en Barcelona tienen la posibilidad de empadronarse aún sin disponer de domicilio. Se han de dirigir a la Oficina de Atención Ciudadana del barrio donde duermen habitualmente y solicitar el empadronamiento sin domicilio fijo. La administración se compromete a resolver la solicitud en un plazo de 3 meses.

PRESTACIONES ECONOMICAS

Pensión de invalidez no contributiva (PNC)

Es una prestación económica para personas que nunca han contribuido a la Seguridad Social o que han cotizado un tiempo insuficiente para tener derecho a una prestación contributiva. pero que, por motivos de salud (graves) o de edad (mayores de 65 años), no pueden trabajar. Supone una cuantía de 347 €/mes. En Cataluña, personas que tienen derecho a la pensión no contributiva, por invalidez o jubilación, pueden solicitar también una *Prestación complementaria (complemento de la PNC)*. Se trata

de una prestación permanente de derecho subjetivo del Sistema de Seguridad Social. para aquellas personas que no pueden trabajar. La cuantía de este complemento es actualmente de 101,31€ mensuales.

Para poder acceder a ella es necesario pasar un tribunal médico (excepto los mayores de 65 años que la tramiten como jubilación) en el que se aporte documentación sanitaria de las enfermedades pasadas, así como información de carácter social. La valoración la realiza un equipo multidisciplinar compuesto por médicos y trabajadores sociales. Al final de la valoración el equipo emite un grado de invalidez que, si es superior al 65%, da derecho a una prestación económica por invalidez, gratuidad en los transportes públicos y en todos los gastos de farmacia y médicos. Si es del 35% sólo se tiene derecho a la gratuidad en los transportes públicos, pero no a prestación económica, porque se supone que esa persona es apta para trabajar.

Para acceder a la prestación hace falta rellenar un impreso y se precisa: 1) estar empadronado, 2) tener una cartilla en un banco o caja de ahorros, 3) declarar los ingresos de la unidad familiar. Hay un máximo que no puede ser superado, de lo contrario no se puede percibir esta pensión. Incluye todos los ingresos económicos de todos los familiares que viven en el domicilio. Cabe que, si los ingresos de

los otros miembros superan el límite, la persona se empadrona en otro lugar o bien sin domicilio fijo de manera que pueda percibir la prestación igualmente. Lo puede rellenar cualquier ciudadano con o sin la ayuda de un trabajador social.

Los inmigrantes deben acreditar una residencia legal en España tanto en el momento de presentar la solicitud como en los periodos anteriores exigidos. Suponen cinco años de residencia legal y un periodo de carencia de 2 años consecutivos (residencia legal), inmediatamente anteriores a la solicitud. Se exige la tarjeta de residencia vigente, con el certificado de periodos de residencia legal en el territorio español extendida por la Sección de Extranjería, Dirección General de la Policía, Ministerio del Interior. Se computarán las rentas e ingresos del solicitante y sus familiares, como en el caso de los nacionales.

Pensión de invalidez contributiva

Dirigida a personas que tienen un periodo de carencia cotizado en la Seguridad Social igual o superior a 10 años y están en alta (trabajando) o en situación asimilada (presentándose a las oficinas de desempleo). Antes de solicitar la pensión debe acudir al INSS y pedir un informe de vida laboral (años cotizados) para valorar si se tiene derecho a la

prestación. Los años en paro (con prestación) también se contabilizan como años cotizados.

Renta Mínima de Inserción (RMI) o Programa interdepartamental de Renta Mínima de Inserción (PIRMI)

Es una prestación para toda persona mayor de 25 años sin empleo ni ingresos económicos mínimos, de unos 420 €/mes aproximadamente que es superior si tiene hijos a cargo. Como contraprestación debe seguir los acuerdos pactados con la/el asistente social (cursos de alfabetización, formación laboral entre otros). No se puede trabajar mientras se cobra esta ayuda y, si se hace, cabe que se descuente lo que cobra.

Para acceder a esta prestación hay que acudir a los servicios sociales del barrio de atención primaria, o entidades que tramitan el PIRMI, pedir cita con el asistente social y aportar 1) certificado de empadronamiento demostrando la residencia desde hace más de uno/dos años, dependiendo de la comunidad 2) certificado negativo de Hacienda, conforme no se recibe ningún ingreso, 3) fotocopia del DNI, 4) certificado de no percibir pensiones del INSS, 5), certificado de no percibir prestaciones de la oficina de empleo ni se tiene derecho a ellas, 6) acreditación de que se está acudiendo a los controles

de las oficinas de desempleo, 7) contrato de alquiler, 8) recibos de gastos domésticos, 9) informe de vida laboral, libreta de banco para poder efectuar los ingresos. En algunos casos, pueden exigir libro de familia, certificado de convivencia, curriculum, nóminas.

Una vez presentada la documentación, el comité de PIRMI acepta o deniega la prestación. Si se acepta, se empieza a cobrar a los tres-cuatro meses de haberla tramitado. Cualquier incumplimiento de los acuerdos tomados con el asistente social, supone que la PIRMI puede ser suspendida. Se renueva anualmente y hay un máximo de tiempo para cobrarla (5 años, salvo en casos excepcionales). La PIRMI puede ser tramitada tanto en los servicios sociales de zona (asistente social del barrio) como en entidades colaboradoras homologadas que gestionan dicho programa. Estas asociaciones suelen tener criterios encaminados a población específica y menos estrictos (tienen en cuenta que son colectivos vulnerables). Suelen contar con un informe de la persona y de los aspectos que se van trabajar.

Es requisito indispensable tener documentación y en el caso de no tener ingresos de ningún tipo, justificar bajo declaración jurada cómo se paga la manutención y el alquiler del piso (si se tiene). Si se trata de personas sin techo, éstas deben dar una

dirección. En el caso de consumidores de drogas, para poder tramitar la PIRMI es preciso que la persona se encuentre en tratamiento. También se puede pedir para pagar una parte de la Comunidad Terapéutica.

Los menores de 21 sólo pueden cobrar la PIRMI para pagar el ingreso en una Comunidad Terapéutica si no poseen familiares o bien si tienen a cargo un hijo.

Los inmigrantes deben acreditar residencia legal y un periodo de carencia como en el caso de la Pensión de Invalidez. Los inmigrantes en situación administrativa irregular no pueden acceder a esta ayuda prestación.

Subsidio para liberados de prisión

Es una pensión de tipo no contributivo por lo que se denomina subsidio.

Toda persona que ha cumplido una condena superior o igual a seis meses de prisión, si es español o extranjero con residencia legal (anterior a su ingreso en prisión) tiene derecho al subsidio para liberados de prisión.

Los requisitos son inscribirse como demandante de empleo en el plazo de 1 mes desde la fecha de excarcelación. Tiene duración de 18 meses máximo

y la cuantía es el 75% del salario mínimo interprofesional. Hay que recoger la solicitud en la oficina de empleo, cumplimentarla, rellenar un impreso de domiciliación bancaria, presentar el certificado de la prisión en el que conste el periodo de estancia. Presentar una fotocopia del DNI, tarjeta de demanda de empleo, fotocopia de la última declaración de renta, fotocopia de la cartilla de la seguridad social. Impreso "Declaración de Rentas cumplimentado".

Si la persona ha trabajado 12 meses o más en los seis años anteriores a la privación de libertad, debe tramitar una prestación contributiva en un plazo de 15 días desde la excarcelación.

Subsidio

Ayudas económicas

En muchas entidades, ONGs y servicios sociales se tramitan ayudas económicas puntuales según las necesidades. Los usuarios/as de drogas muy habitualmente plantean demandas en relación a desplazamientos, medicación, problemas de visión, odontología..etc. Este tipo de ayudas suelen tramitarlas los trabajadores sociales y siempre se acompaña al usuario en el trámite de compra en caso

que sea necesario. También se puede valorar un copago conjunto entre las entidades y el usuario. Podemos tipificarlas en:

- *Ayudas para desplazamientos*: billetes de metro-bus, para poder acceder a los albergues, pensión, visitas médicas u otro tipo de entrevistas; acudir a juicios; tramitar pasaporte en el consulado; fallecimiento familiar; retorno al país de origen...etc.
- *Gafas*: existen ópticas y servicios especializados con las que se puede convenir revisiones gratuitas y gafas de presupuesto reducido. En Barcelona desde 2019, impulsado por el Hospital del Sagrat Cor, en el Hospital de Campanya Santa Anna hay la posibilidad de acceder a gafas correctoras, con la colaboración, en la actualidad, de la organización Salut Sense Sostre.
- *Odontología*: suelen haber diferentes servicios con presupuestos muy reducidos para personas con pocos recursos e incluso gratuitos (para persona con VIH). Requieren formulario de derivación.
- *Canastilla*: ayudas para leche, pañales, ropa, etc durante los dos primeros años del bebe. Se puede solicitar la ayuda desde atención primaria o programas específicos de ONGs.

INSERCIÓN SOCIAL Y LABORAL

Se trata de un área a potenciar y desarrollar en los centros de tratamiento y de reducción de daños. Trabajar estrategias de inserción y formación con los usuarios con resultados satisfactorios a medio-largo plazo resulta complicado, por las propias características de los usuarios y por la falta de recursos existentes que se adapten a los mismos.

Recursos más utilizados: OTG, CIFO (Centro de información y orientación empleo) CITE-CCOO (Centro de información para trabajadores extranjeros), ONG, servicios de orientación jurídica, Colegio abogados y servicios específicos.

CURSOS Y TALLERES DE FORMACIÓN

Los/as usuarios/as demandan poder realizar diferentes cursos de formación, como escolaridad básica, agentes de salud, idiomas, informática e Internet, peluquería, talleres ocupacionales, aprendizaje práctico de oficios. Las personas con consumo activo de drogas necesitan ocupar el tiempo libre, cuestión que les ayuda enormemente a consumir y “buscarse” menos la vida. Cometer menos delitos menores como hurtos, y empezar a plantearse objetivos y horarios.

Realizar actividades al aire libre, excursiones, actividades deportivas., salidas culturales es muy gratificante y socializador para esta población.

Ejemplos de talleres que se pueden realizar en centros de atención a drogodependientes: Bola de nieve (llegar a población que no acude a ningún centro); cocina fría; nuevos perfiles y sustancias; consumo higiénico; sexo seguro; sobredosis y administración de naloxona; tratamientos, teatro..etc.

BUSQUEDA DE EMPLEO

Es importante contemplar la inserción social a partir de la inclusión en el mundo laboral lo más normalizado posible. Muchas personas en situación marginal consumidores de drogas tienen oficios. Suelen ser peones o aprendices. El problema es la falta de especialización. En todo caso, hay sectores profesionales que tienen más demanda de mano de obra (sector de servicios y actividades agrícolas).

Se recomiendan trabajos que no sean de riesgo para el consumo de drogas (inactividad y soledad), como vigilantes de obra o guardas jurados; o aquellos que implican manejo constante de dinero, como camareros; o los que ofrecen posibilidades de hurtos, como limpiadoras de pisos o camareras de hotel. Existen asociaciones donde acudir a confeccionar un currículum, acceder a bolsas de trabajo, consultar

ofertas y tener una tutoría que se ocupe del caso individualmente para la búsqueda de empleo

Una buena iniciativa que existe en algunos centros para personas en dificultad social es realizar actividades prelaborales (piezas para vehículos, bolsas para tiendas de ropa...). Esto supone un enorme beneficio en relación a la ocupación del tiempo, entrenamiento de hábitos y habilidades, trabajo en grupo y a la vez es una inversión social para las empresas concertadas con las que se trabaja.

RELACIÓN CON LA FAMILIA Y AMIGOS

CORRESPONDENCIA

La falta de domicilio imposibilita recibir correo, giros postales y no poder dar una dirección para trámites legales o para recibir ofertas de empleo. Dificulta mantener el contacto con amigos y familiares. Implica no acceder a la libertad provisional por no contar con un lugar donde ser localizado para la entrega de citación judicial.

Todas las ciudades tienen "lista de correos" pero para acceder a ella es preciso tener la documentación. Hay que promover que algunos centros acepten recibir el envío de cartas judiciales

no certificadas o avisos, correspondencia de familiares y amigos, recepción de documentación (cartilla sanitaria, partida de nacimiento, cartas de la oficina de trabajo).

PROGRAMA DE LLAMADAS TELEFONICAS

Se enmarca dentro de la idea de evitar y prevenir el deterioro de relaciones familiares y un mayor aislamiento. Las experiencias son positivas. Sorprendentemente no suele haber excesivos abusos y permite mantener vínculos con familiares o incluso contactar de nuevo tras años de distanciamiento. Este servicio de “locutorio” también se utiliza para realizar trámites burocráticos informativos, por motivos laborales y conseguir determinados documentos. La comunicación es un elemento indispensable en el mundo actual. Las personas que carecen de un teléfono corren el riesgo de aislarse y perder oportunidades. En el ámbito de las personas sin hogar, que además carecen de familia y empleo, es una limitación difícil de superar. En especial si dar el número de teléfono de determinados centros de atención social o de toxicomanías supone perder posibilidades de ser contratado. De ahí tan importante la confidencialidad y búsqueda de alternativas.

RELACIONES CON LA FAMILIA

Muchos de nuestros atendidos traen consigo historias familiares de extraordinaria complejidad, con carencias económicas y afectivas. En muchas ocasiones las familias ya tenían notables problemas disfuncionales antes de que aparecieran problemas sociales en un miembro. De ahí la importancia de la escucha, la comprensión y la aceptación por parte del profesional haber perdido el contacto con la familia y otros no la han tenido nunca.

Promover el reencuentro con familiares y amigos es un objetivo que no hay que perder de vista por muy deterioradas que estén las relaciones.

En aquellos usuarios que son padres, cabe abordar también esta faceta. Ayudar a mantener la relación con los hijos, conseguir y acudir a las visitas cuando no tienen la tutela o no viven con ellos. En los casos de retirada de tutela de menores a drogodependientes, no por desamparo o maltrato, sino como medida preventiva, se incurre a veces en una escrupulosidad tal que puede suponer un duro golpe volver a acceder al hijo. El apoyo debe reforzar la relación en la medida de lo posible, ofrecer asistencia jurídica y apoyo moral para que no cargue con una pérdida y un fracaso más en su vida.

En el caso de no haber contacto familiar durante años, es importante, de acuerdo con nuestros atendidos, localizar el resto de la familia, no tanto

para solicitar ayuda, sino para dar noticias de vida. La participación de la familia permite obtener cambios. Es preciso mantener siempre el respeto hacia el usuario y la confidencialidad. Se ha de garantizar que no se va a dar información a la familia sin autorización del usuario. Pero hay que negarse a la utilización de la familia y demanda de dinero. Es mejor facilitar la posibilidad de mediar sin tomar partido, respetando siempre la decisión del usuario de querer ser ayudado y de qué manera.

ASESORAMIENTO LEGAL

Las consultas e intervenciones más frecuentes son por multas penales o administrativas por procedimientos de juicios de faltas, coordinación con abogados de oficio, solicitudes de suspensión, reducción o sustitución de condenas (medidas penales alternativas o trabajos en beneficio de la comunidad), acompañamiento y en ocasiones asistencia letrada, asesoramiento en cuestiones de extranjería, tramites de regularización y órdenes de expulsión

Se suele requerir informes sociales, judiciales, seguimiento, solicitud de ayudas, supresión de una multa.

Es posible acceder a la información sobre juicios pendientes. Hay un registro central que tiene almacenados los datos actualizados de las causas judiciales y su estado (juicios pendientes, número de juzgado, número de causa, situación de la misma). Para acceder a este registro la persona debe presentarse personalmente (o un abogado que la represente) en los juzgados y rellenar una solicitud con sus datos personales y adjuntar la fotocopia del DNI. Se le entregará un recibo y al día siguiente puede pasar a recogerlo. Saber la relación de causas permitirá conocer su situación judicial (pueden ser procedimientos civiles o penales).

En la mayoría de ciudades hay entidades que ofrecen asesoramiento jurídico y legal gratuito. ONGs, fundaciones, sindicatos (CC.OO, UGT), SOJ (servicio de orientación jurídica), oficinas no discriminación, colegio de abogados.

DETENCIONES E INGRESO EN CENTROS PENITENCIARIOS

Son derechos básicos del detenido guardar silencio y declarar sólo delante del juez, no declarar contra sí mismo y no confesarse culpable. Designar un abogado privado o de oficio.

Tiene derecho a que se ponga en conocimiento del familiar o persona que él desee el hecho de la

detención y el lugar de custodia en que se halle en cada momento. Los extranjeros tienen derecho a que se comuniquen estas circunstancias anteriores a la oficina consular de su país.

Derecho a ser asistido gratuitamente por un intérprete, cuando se trate de extranjero que no comprenda o no hable el castellano. Derecho a ser reconocido por un médico. En el plazo máximo de 72 horas, el detenido debe ser puesto en libertad o pasar a disposición de la autoridad judicial.

En el caso de estar acusado de un delito e ingresar en prisión, no deberá estar más de seis meses en prisión preventiva (en espera de juicio) sin autorización judicial. Toda persona que ha cumplido una condena superior o igual a seis meses de prisión, si es español o extranjero con residencia legal (anterior a su ingreso en prisión), tiene derecho al subsidio para liberados de prisión.

MEDIDAS HIGIÉNICAS

En un entorno en que las condiciones higiénicas son precarias y existe la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas, es muy importante mantener en lo posible la higiene.

La **limpieza** tiene por finalidad eliminar el material ajeno a un objeto. Siempre precede a la desinfección o a la esterilización.

Precauciones habituales en todos los pacientes

Lavado de manos

Utilización de guantes

Gafas protectoras y batas si hay riesgo de salpicaduras con líquido orgánico

Utilización de contenedores rígidos para el material cortante y punzante (agujas, hojas de bisturí, material de inyección).

Medidas de higiene respiratoria

Todas aquellas personas que tengan síntomas de infección respiratoria (tos, mucosidad..) deben tener en cuenta las siguientes medidas:

- Tapar la boca al toser con pañuelos de papel
- Tirar los pañuelos en papeleras (nunca en el suelo)
- Lavado de manos después de toser
- No tocar ninguna superficie sin lavarse las manos

Lavado de manos

El lavado de manos es la medida más importante para evitar transmitir infecciones y epidemias. Los envases para el lavado de manos han de disponer de

válvulas dispensadoras para evitar que el producto se contamine. Se han de llevar las uñas cortas para que se puedan limpiar fácilmente y evitar que se perforen los guantes. Hay que evitar la utilización de joyas porque es un factor de riesgo de colonización de gérmenes. Después del lavado hay que enjuagarse y secarse bien las manos y utilizar cremas y lociones hidratantes para reducir los efectos irritantes de los jabones

Los **guantes** son una barrera de protección, pero no sustituyen el lavado de manos. Se han de lavar las manos antes y después de la utilización de los guantes. No se han de lavar las manos con los guantes y nunca reutilizarlos.

1) Cuando las **manos estén visiblemente sucias o manchadas** con sangre o restos de otros líquidos orgánicos (semen, orina, heces) se deben lavar con agua y jabón y a continuación utilizar la solución alcohólica

2) La **solución alcohólica** es la medida a recomendar a las organizaciones sanitarias en todas las situaciones clínicas (a excepción de manos visiblemente sucias o manchadas). La utilización adecuada de soluciones alcohólicas implica colocar entre 3 y 5cc. en la palma de la mano y friccionar toda la superficie de las manos y dedos hasta que

esté seca. Hasta que no se evapore toda la solución no se ha de considerar que las manos están lavadas. Se deben emplear las **soluciones alcohólicas** antes del contacto directo con el paciente, realizar técnicas que requieran material estéril, tras retirar los guantes, contacto con la piel integra del paciente (toma de pulso, presión arterial) y con cualquier objeto inanimado.

3) Se reserva el **jabón antimicrobiano** para procedimientos que implican atravesar la piel o atender a pacientes de especial riesgo. Se recomienda el lavado de manos con agua y jabón neutro para la mayoría de contactos con los pacientes y las soluciones alcohólicas antes mencionadas. .

Limpieza de piel y mucosas

Para la limpieza de la **piel y mucosas** se utilizan antisépticos, que tienen baja toxicidad. Los antisépticos destruyen los microorganismos o frenan su proliferación. Para **piel intacta** se usa alcohol etílico, clorhexidina alcohólica o yodo

El **alcohol etílico** es activo frente tuberculosis, herpes, VIH, hepatitis B y C. Tiene una acción rápida y poca toxicidad. Se usa habitualmente al 70% antes de poner una inyección intramuscular y

de la administración de cualquier sustancia a través de la vena.

Heridas

En heridas se emplea clorhexidina acuosa y **derivados del yodo** como la povidona yodada y

Uso bucal

Para la afectación de las encías se emplea solución de clorhexidina 0,1- 0,2%

Limpieza del instrumental

Para la limpieza del instrumental se utilizan **detergentes o jabones**. Se ha de realizar por acción mecánica, a menudo frotando, para desincrustar los materiales adheridos al instrumental y a continuación enjuagar con agua abundante y secar.

Hay que usar guantes en su manipulación y seguir las recomendaciones del fabricante. No se deben mezclar con otros componentes químicos y no se pueden ingerir.

Para la limpieza de **termómetros axilares, fonendoscopios** usar alcohol etílico de 70°

Limpieza de superficies, suelos, lavabos, WC

Es recomendable la utilización de lejía, hipoclorito sódico, en proporción de **200 cc. de lejía por cada 8 litros de agua** (un vaso de agua equivale a 200cc.)

Si ha caído en el suelo u otra superficie sangre o cualquier líquido orgánico (orina, heces, secreciones bronquiales), limpiar con lejía pero a razón de **250 cc. por cada litro de agua.**

No utilizar la lejía para la desinfección de superficies metálicas. No mezclar con agua caliente, ni con ácidos (puede desprender gases). No utilizar con metales y caucho porque es corrosivo. Conservar en envase cerrado hermético. Limpiar cualquier superficie de materia orgánica antes de su utilización. Cambiar la disolución cada 24 horas, es mejor que una vez esté limpia la superficie, se tire.

Desinfección de alto nivel

Todo material que haya tenido contacto con sangre u otros fluidos corporales ha de someterse a una limpieza adecuada para eliminar la materia orgánica y posterior desinfección de alto nivel. Para ello puede usarse glutaraldehído 2%, ácido peracético al 0,2% o 0,3% orto-ftalaldehído 0,55%. Hay que seguir siempre las recomendaciones del fabricante en cuanto a concentración, tiempo requerido y temperatura.

Esterilización

Requiere esterilización, entre otro material, el instrumental quirúrgico y dental.

INMIGRACIÓN EN ZONAS URBANAS DEPRIMIDAS

El sistema socio-político y económico vigente, junto con la biografía individual e historia familiar, son el detonante de los flujos migratorios. En las personas que viven sucesivas exclusiones que les suelen llevar a la marginalidad, influye la falta de recursos, bajo nivel de formación, la falta de oportunidades laborales y el propio contexto social en el que viven. Estos factores inciden de manera similar en los autóctonos y en personas procedentes de otros países.

VISADOS

Como norma general, para entrar y residir en España, se necesita obtener VISADO (excepto algunos países y sin contar con la Unidad Europea²) y acreditar el motivo de entrada.

Los tipos de visados son³ :

²*Países UE por fecha adhesión 1958-2010:* Alemania, Francia, Italia, Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Reino Unido, Dinamarca, Irlanda, Grecia, España, Portugal, Finlandia, Suecia, Austria, Polonia, Rep. Checa, Hungría, Eslovaquia, Lituania, Letonia, Eslovenia, Estonia, Chipre, Malta, Rumania y Bulgaria.

³ art. 25 Bis. 2 de la LO 4/2000 de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social

a) **Visado de tránsito**, que habilita a transitar por la zona de tránsito internacional de un aeropuerto español o a atravesar el territorio español.

b) **Visado de estancia**, que habilita para una estancia ininterrumpida o estancias sucesivas por un período o suma de períodos cuya duración total no exceda de tres meses por semestre a partir de la fecha de la primera entrada.

c) **Visado de residencia**, que habilita para residir sin ejercer actividad laboral o profesional.

d) **Visado de residencia y trabajo**, que habilita para la entrada y estancia por un período máximo de tres meses y para el comienzo, en ese plazo, de la actividad laboral o profesional para la que hubiera sido previamente autorizado. En este tiempo deberá producirse el alta del trabajador en la Seguridad Social, que dotará de eficacia a la autorización de residencia y trabajo, por cuenta propia o ajena. Si transcurrido el plazo no se hubiera producido el alta, el extranjero quedará obligado a salir del territorio nacional, incurriendo, en caso contrario, en la infracción contemplada en el artículo 53.1.a) de esta Ley.

e) **Visado de residencia y trabajo de temporada**, que habilita para trabajar por cuenta ajena hasta

nueve meses en un período de doce meses consecutivos.

f) **Visado de estudios**, que habilita a permanecer en España para la realización de cursos, estudios, trabajos de investigación o formación, intercambio de alumnos, prácticas no laborales o servicios de voluntariado, no remunerados laboralmente.

g) **Visado de investigación**, que habilita al extranjero a permanecer en España para realizar proyectos de investigación en el marco de un convenio de acogida firmado con un organismo de investigación.

Los países iberoamericanos que necesitan visado de turista son: Perú, Santo Domingo, Republica. Dominicana, Bolivia, Colombia, Ecuador y Cuba. Los demás países iberoamericanos no necesitan visado, vienen con el pasaporte y un sello de entrada en territorio Schengen⁴.

⁴ *Territorio Schengen*: El Acuerdo de Schengen firmado en 1985 y en vigor desde 1995, tiene como objetivo finalizar con los controles fronterizos dentro de este espacio. A este acuerdo se han adherido la mayoría de los [Estados miembros de la Unión](#) (excepto [Bulgaria](#), [Chipre](#) y [Rumanía](#)) y algunos terceros países como [Islandia](#), [Liechtenstein](#), [Noruega](#) y [Suiza](#).

En los supuestos de solicitud de Residencia, trabajo y estudiante) siempre se necesita visado.

SITUACIONES, SUPUESTOS Y SOLICITUDES:

INMIGRANTE: Aquella persona que llega a un territorio con la idea de establecerse en él.

EXTRANJERO: Los que carezcan de nacionalidad española.

CIUDADANO COMUNITARIO: Son los ciudadanos con nacionalidad o con pasaporte de alguno de los países miembros de la Unión Europea y otros Estado parte en el Acuerdo sobre el espacio Económico Europeo.

CIUDADANO NO COMUNITARIO: Todas las personas nacidas fuera de la Unión Europea cuya nacionalidad no es la de alguno de los países miembros de la Unión Europea.

LEGAL: Aquello que está prescrito por la ley.

ILEGAL: Aquello que no está prescrito por ley, que está en contra de la ley.

INMIGRANTES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA REGULAR: Se considera que están en situación administrativa regular las

personas que están autorizadas a permanecer legalmente en territorio español, ya sea en situación de estancia (período de tiempo no superior a 90 días por semestre a partir de la primera entrada) o de residencia (autorizados a permanecer en España por un período superior a 90 días e inferior a 5 años).

Visado de estudiante:

Se concede a personas no españolas que se encuentran en España por motivos de realización o ampliación de estudios en un centro de enseñanza autorizado en España, en un programa a tiempo completo, que conduzca a la obtención de un título o certificado de estudios. Se tiene que demostrar capacidad económica para cubrir los costes de los estudios, así como los gastos de estancia y regreso al país, contar con un seguro público o privado de enfermedad concertado con una Entidad aseguradora autorizada para operar en España, y los justificantes de matrícula del centro donde se vaya a realizar los estudios. Permite trabajar, en periodos concretos no lectivos o a media jornada sino interfiere en los horarios de estudio.

Autorización de residencia temporal como familiar de ciudadano de la Unión Europea:

Se concede, cualquiera que sea su nacionalidad, al cónyuge, a la pareja con la que mantenga una unión

análoga a la conyugal inscrita en un registro público, así como a los ascendientes directos y descendientes directos menores de 21 años de una persona de la Comunidad Europea y otros Estado parte en el Acuerdo sobre el espacio Económico Europeo, cuando se reúnan con él o le acompañen, y vayan a residir en España por un período superior a 3 meses.

INMIGRANTES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR (LOS SIN PAPELES): Son personas que no pertenecen a la Comunidad Europea y que no disponen de ningún tipo de autorización que les autorice a residir, trabajar o permanecer legalmente en España.

La actual Ley Orgánica 4/2000 de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, ha sido reformada en varias ocasiones, concretamente por las leyes Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana, Ley Orgánica 4/2013 de 28 de junio, de reforma del Consejo General del Poder Judicial, por el Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones,

por la Ley Orgánica 10/2011 de 27 de julio, Ley Orgánica 2/2009 de 11 de diciembre, Ley Orgánica 14/2003 de 20 de noviembre, Ley Orgánica 11/2003 de 29 de septiembre y Ley Orgánica 8/2000 de 22 de diciembre.

Las personas que permanecen actualmente en España y que no disponen de ningún tipo de autorización, pueden legalizar su situación administrativa en nuestro territorio, a través de las siguientes solicitudes:

1. SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE RESIDENCIA TEMPORAL EN SUPUESTOS DE CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES:

POR RAZONES HUMANITARIAS:

Si acredita alguna de las siguientes circunstancias:

Ser víctima de delito tipificado en los artículos 311 a 315, 511.1 y 512 del Código Penal: delitos contra los derechos de los trabajadores.

Ser víctima de delitos en los que haya concurrido la circunstancia agravante de comisión por motivos racistas, antisemitas u otra clase de discriminación referente a la ideología, religión o creencias de la víctima, la etnia, raza o nación a la que pertenezca, su sexo u orientación sexual, o la enfermedad o minusvalía que padezca.

Ser víctima de delitos por conductas violentas ejercidas en el entorno familiar, siempre que haya recaído resolución judicial que finalice el procedimiento judicial en la que se establezca la condición de víctima.

Sufrir una enfermedad sobrevenida de carácter grave que requiera asistencia sanitaria especializada, no accesible en su país de origen, y que el hecho de ser interrumpida o de no recibirla suponga un grave riesgo para la salud o vida.

Excepcionalmente no será preciso que sea sobrevenida en el supuesto de prolongar la permanencia de un menor extranjero desplazado temporalmente a España para tratamiento médico, una vez agotada la posibilidad de prolongar la situación de estancia y la permanencia sea imprescindible para la continuación del tratamiento.

Que su traslado al país del que son originarios o proceden, a efectos de solicitar el visado que corresponda, **implique un peligro para su seguridad o la de su familia** y que reúnen el resto de los requisitos para obtener una autorización temporal de residencia o residencia y trabajo.

Personas que estando en territorio español sufren una grave enfermedad sobrevenida que hace

necesaria su intervención y residencia en España, de imposible acceso en su país de origen.

POR ARRAIGO

A) Arraigo laboral: Demostrar un mínimo de dos años de permanencia continuada en España (puede servir el certificado de empadronamiento o alguna factura para demostrar la permanencia), haber estado trabajando 6 meses de manera irregular y denuncia al empresario o empleador.

B) Arraigo social:

- *Demostrar tres años de permanencia* en España continuada, más:
- *Tener vínculos familiares* referidos exclusivamente a cónyuges, ascendientes o descendientes menores de 18 años en línea directa (presentar autorización de familiar residente y certificado de vínculo de parentesco correspondiente).
- *Contrato de trabajo*, con una duración mínima de 1 año, firmado por trabajador y empresario. También se admiten dos contratos con distintos empleadores en el sector agrario o varios contratos en servicio doméstico para más de un empleador, con una jornada semanal no inferior a 30 horas.

- *Medios de vida*⁵. El ayuntamiento que corresponda puede recomendar que se exima al extranjero y tiene que constar en el informe social de arraigo.
- Alternativamente *informe de integración* del Ayuntamiento que acredite su inserción social emitido por la Comunidad Autónoma, donde tenga su domicilio habitual.

C) Arraigo familiar: Ser padre o madre de menor de nacionalidad española, o hijo de padre o madre que hubiera sido originariamente español.

2. OTROS SUPUESTOS DE SOLICITUD:

POR TRABAJO (*mayores de 16 años*):

A) Trabajo por cuenta propia:

Inicial (validez 1 año); 1ª Renovación (validez 2 años); 2ª Renovación (validez 2 años).

B) Trabajo por cuenta ajena: Inicial (validez 1 año); 1ª Renovación (para cualquier actividad por 2

⁵ En este caso el Servicios Sociales del Ayuntamiento, en su informe social de arraigo, ha de aportar un documento eximiendo de la necesidad de trabajo *(a) porque la persona tenga medios suficientes o b) porque tiene un familiar directo* – cónyuge o progenitor- que lo quiera regularizar y puede hacerse cargo. Ejemplo: Menores no emancipados en edad laboral que cumplen los requisitos de estar en España 3 años.

años), 2º Renovación (para cualquier actividad por 2 años).

C) Por gestión colectiva de contratación en origen: Oferta anual que hace el Gobierno español para cubrir puestos de trabajo no cubiertos por la oferta interna (sector agricultura, construcción...). Esta oferta se cursa normalmente a través de las embajadas españolas en los países de origen de los inmigrantes.

D) Régimen general: Búsqueda y tramitación del visado de trabajo en embajada del país correspondiente. 1 mes para realizar la gestión de solicitud de visado una vez aprobada la autorización desde la Oficina de Extranjería.

POR MATRIMONIO O INSCRIPCIÓN COMO PAREJA CON LA QUE MANTENGA UNA UNIÓN ANÁLOGA A LA CONYUGAL INSCRITA EN UN REGISTRO PÚBLICO CON UNA PERSONA COMUNITARIA: Se adquiere así el régimen comunitario que le facilitaría la obtención de la tarjeta de residencia temporal de familiar de ciudadano de la Unión, por 5 años, siempre y cuando se mantenga ese vínculo.

POR REAGRUPACIÓN FAMILIAR: Los inmigrantes con autorización de residencia y trabajo renovada podrían reagrupar a su cónyuge o pareja de hecho y a los hijos de ambos menores de 18 años. Para reagrupar a sus ascendientes deberán tener una autorización de residencia de larga duración y tener los ascendientes más de 65 años. Los hijos mayores de 16 años y el cónyuge o la pareja de hecho reagrupados tendrán Autorización de Trabajo automáticamente.

* *RENOVACIONES DE LAS SOLICITUDES:* como regla general, con 2 meses de antelación a la fecha de vencimiento o dentro de los 3 meses posteriores (con sanción).

* *PLAZO DE RESOLUCIÓN:* las resoluciones se resuelven en 3 meses sino, se darán por desestimadas (excepto en las renovaciones de autorizaciones, que en este caso se darán por concedidas).

DERECHOS DE LOS INMIGRANTES REGULARES E INMIGRANTES EN SITUACIÓN ADMINISTRATIVA IRREGULAR

Derecho a la documentación: Todos los extranjeros que se encuentren en territorio español tienen el derecho y el deber de conservar la documentación

que acredite su identidad, expedida por las autoridades competentes del país de origen o de procedencia, así como la que acredite su situación en España y sólo podrán ser privados de ella en los supuestos y con los requisitos establecidos en la LO 4/2000 de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social y en la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero, sobre Protección de la Seguridad Ciudadana.

Derecho a la libertad de circulación. Todos los extranjeros que se hallen en España en situación regular, tienen derecho a circular libremente por el territorio español y a elegir su residencia sin más limitaciones que las establecidas con carácter general por los tratados y las leyes, o las acordadas por la autoridad judicial.

Derecho a la participación pública: Los extranjeros residentes en España podrán ser titulares del derecho de sufragio, en las elecciones municipales.

Derecho a empadronarse: Los Ayuntamientos Incorporarán al padrón a los extranjeros que tengan su domicilio habitual en el municipio y mantendrán actualizada la información relativa a los mismos.

Derechos de reunión y manifestación: Los extranjeros tienen el derecho de reunión en las mismas condiciones que los españoles.

Derecho de asociación: Los extranjeros tienen el derecho de asociación en las mismas condiciones que los españoles.

Derecho a la educación: Los extranjeros menores de dieciséis años tienen el derecho y el deber a la educación, que incluye el acceso a una enseñanza básica, gratuita y obligatoria. Los extranjeros menores de dieciocho años también tienen derecho a la enseñanza posobligatoria.

Derecho al trabajo y a la Seguridad Social: Los extranjeros con autorización de residencia, que reúnan los requisitos legales, tienen derecho a ejercer una actividad remunerada por cuenta propia o ajena, así como a acceder al sistema de la Seguridad Social, de conformidad con la legislación vigente, así como acceder al empleo público.

Derechos a la sindicación y a la huelga: Los extranjeros tienen derecho a sindicarse libremente, a afiliarse a una organización profesional así como ejercer el derecho a la huelga, en las mismas condiciones que los trabajadores españoles.

Derecho a las ayudas en materia de vivienda: Los extranjeros residentes tienen derecho a acceder a los sistemas públicos de ayudas en materia de vivienda, de acuerdo con lo establecido legalmente. En casos de extranjeros residentes de larga duración, estos tienen derecho a dichas ayudas en las mismas condiciones que los españoles.

Derecho a la Seguridad Social y a los servicios sociales: Los extranjeros residentes tienen derecho a acceder a las prestaciones y servicios de la Seguridad Social, así como a los servicios y prestaciones sociales, en las mismas condiciones que los españoles.

Todos los extranjeros, tengan o no autorización para residir en España, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas.

Derecho a solicitar Protección Internacional (Asilo, protección subsidiaria y apátrida): Todo extranjero tiene derecho a solicitar asilo en España cuando tenga un temor fundado a ser perseguidos por motivos de raza, religión, nacionalidad, género u orientación sexual, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas. Este procedimiento les autoriza a permanecer y trabajar (al cabo de 6 meses) en territorio español si su expediente sigue en vigor. Tienen la obligación de colaborar en comprobar su identidad, hechos y

alegaciones realizadas, así como comunicar los cambios de domicilio. Estas personas no pueden ser retornadas a su país de origen hasta que no se resuelva su expediente. Como norma general, hay el plazo de 1 mes para poder formalizar la solicitud de protección internacional, una vez se entra en España.

Derecho a la asistencia sanitaria: Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.

El **acceso a la sanidad pública**⁶, se vincula al acceso al empadronamiento de al menos más de 3

⁶ Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. **ASISTENCIA SANITARIA:**

Artículo 12. Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.

*** 20.04.2012**, aprobación del **Real Decreto Ley 16/2012** de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la cualidad y la seguridad de sus prestaciones.

meses continuado en Cataluña y la no acreditación de medios económicos suficientes. Si no se está empadronado solo se tiene derecho a la **asistencia médica de urgencias**. Por descontado, menores de 18 años, atención al embarazo y al parto, enfermedades graves o accidente grave hasta el alta.

Caso específico en Cataluña: se establece un **periodo transitorio de 6 meses**, desde el 1.09.12 hasta el 31.03.13, para regularizar la situación de qué tipo de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) se tendrá. Mientras tanto, se seguirá teniendo acceso a la asistencia sanitaria integral de 1er nivel, que incluye el transporte sanitario urgente, programas de interés sanitario, atención primaria y prestación farmacéutica con copago del 40 %.

Se crea una **comisión de acceso excepcional a la atención especializada**, en caso que la persona que

* **3.08.2012**, aprobación del **Real Decreto 1192/2012** por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España.

* **Setiembre 2012**, Nueva **Instrucción de CatSalut** que regula el acceso a la asistencia sanitaria a las personas Extranjeras empadronadas y que no tienen la condición de asegurado.

solicita el acceso a la asistencia sanitaria esté en situación de gravedad o necesidad inaplazable de atención, y no disponga de los requisitos necesarios para ser considerado asegurado del Registro Central de Asegurados del Servicio Catalán de la Salud, valorando cada caso. De esta manera se quiere evitar el llamado “turismo sanitario”. Por tanto, estás personas, para tener la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) en Cataluña deberán:

Antes del 31.03.12, acreditar: (en el anverso de la TSI constará “acceso de 1er nivel”)

- Documento del INSS acreditando no ser asegurado o beneficiario
- Documento identificativo (pasaporte en vigor).
- Empadronamiento de al menos 3 meses continuado en Cataluña previo a la solicitud.
- Ingresos inferiores a la renda básica para la inclusión y protección social.
- Documentación acreditación de no tener asistencia sanitaria pública por parte de otra entidad diferente del Servicio Catalán de Salud.
- Firmar 2 documentos autorizando al CatSalut para verificar datos declarados y para el cobro del gasto sanitario prestado en caso de disponer de recursos económicos

Después del 31.03.13, acreditar: (en el anverso de la TSI constará “acceso de 2on nivel”)

Más de 1 año de empadronamiento en Cataluña para tener acceso a la asistencia sanitaria integral y tener acceso a la TSI específica renovable anualmente. Aquí se añade la atención sanitaria especializada.

Todos los **menores inmigrantes** tienen derecho a la educación básica obligatoria (de 6 a 16 años), y postobligatoria, además de becas para estudios y otras ayudas escolares de la administración.

Todos los inmigrantes tienen derecho a las **prestaciones sociales básicas**. En Cataluña se incluye la atención social primaria, la atención domiciliaria, comedor, los servicios residenciales de estancia limitada, centros abiertos para menores y adolescentes y las ayudas de urgencia social.

Todos los inmigrantes tienen derecho a que los jueces protejan sus derechos e intereses en las mismas condiciones que los ciudadanos españoles. Además, cualquier procedimiento de la administración que concluya en **expulsión o retorno no voluntario** implica derecho a tener abogado durante todo el procedimiento. También tiene derecho a contar con intérprete si no entiende la

lengua oficial. Las ONG's pueden intervenir como parte interesada en los procedimientos administrativos o delante de los tribunales, si así lo quiere la persona afectada.

Asistencia jurídica. Los extranjeros irregulares, que acrediten que su unidad familiar tiene ingresos inferiores al doble del IPREM (Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples), tendrán derecho a asistencia jurídica gratuita.

Centros de internamiento. Las ONG que hasta ahora tenían prohibida la entrada en los centros de internamiento de extranjeros (CIES), podrán acceder a las instalaciones si lo solicitan los internos.

EFFECTOS DE LA LEGISLACIÓN

Es importante, para abordar la cuestión de la atención social y sanitaria a los inmigrantes, analizar el modelo político de intervención al respecto.

Desde la primera Ley de extranjería de 1985 (ley de carácter más policial y restrictiva) a la actual **2/2009** que modifica la 4/2000, es muy difícil obtener la autorización de residencia y trabajo en España y, debido a la situación de crisis económica por la que atraviesa España en estos momentos, más fácil caer

en la irregularidad sobrevenida. La mayoría de los responsables políticos reconocen en teoría la inmigración como un hecho estructural de la sociedad y su discurso no se enfrenta a la inmigración, sino a la inmigración irregular, que se presenta como una vulneración de las reglas de juego.

De esta manera, se transmite de forma implícita a la opinión pública la idea de que es posible entrar en España por vía legal, y que el que no lo hace es porque no cumple con los requisitos de entrada. Pero, en realidad, estas vías regulares de entrada **son muy limitadas**: el régimen general prácticamente está cerrado, la gestión colectiva de contratación en origen (el llamado “contingente” o contratación por “cupos”) no funciona adecuadamente por su inadecuación a los mecanismos normales de contratación laboral, los procesos extraordinarios de regularización nunca ponen a cero el marcador y, el mayor número de personas que vuelven a caer en la irregularidad al no poder renovar sus autorizaciones por no poder acreditar medios económicos, hacen que sigan existiendo muchas personas en situación administrativa irregular.

Hartos de estas situaciones, algunas personas buscan otras formas de subsistencia que, en ocasiones, les

pueden llevar a la delincuencia, a la marginación y al final, al rechazo social.

La mayoría de estas personas suelen acabar viviendo como pueden (casas ocupadas, coches abandonados, en la calle) en barrios deprimidos en los que la población autóctona ya padece problemas similares, lo cual crea situaciones de tensión entre los vecinos.

Es importante pues implicar a los agentes del barrio (profesionales socio sanitarios, usuarios, vecinos, comercios, asociaciones y administración), en la construcción del discurso sobre la inmigración, empleando informaciones claras, pedagogía participativa y discursos alternativos dirigidos al conjunto de la población y, por otro lado, buscar estrategias que posibiliten una atención especializada a estas personas que conviven en nuestra comunidad. Todo ello ha de canalizar en una clara voluntad política para adaptar el modelo socio-político de la inmigración al tiempo y contexto presente.

10. AUDITORÍA DE LAS NECESIDADES BÁSICAS

Recomendamos el abordaje de las necesidades básicas a modo de auditoría o propia encuesta a fin de conocer y no duplicar los recursos de la zona de actuación y detectar las carencias.

AUDITORIA DE PRESTACIONES. TEST

DISMINUCIÓN DE RIESGOS

¿Hay programas de intercambio de jeringas? De entrega de material de inyección higiénico? Entrega de preservativos.

ATENCIÓN A REACCIONES AGUDAS POR DROGAS

¿Existe programa de formación para la atención a la sobredosis? ¿Para profesionales? ¿Para usuarios? ¿Se cuenta con ampollas de naloxona y material para su inyección?

¿Se cuenta con desfibrilador externo semiautomático?

ASISTENCIA SANITARIA

¿Se pueden hacer pruebas de embarazo?

¿Hay posibilidad de hacer análisis de laboratorio en el centro? ¿Existe la posibilidad de realizar pruebas rápidas para VIH, sífilis, hepatitis C.¿Dónde hay que dirigir a las personas?

¿Se pueden recoger muestras de esputo?

¿Se ha contactado con el centro de tuberculosis? ¿Se ha establecido un plan de actuación?

¿Es posible realizar PPD o prueba de tuberculina con lectura a las 72 horas?

¿Hay algún centro dónde dirigir fácilmente a las personas con PPD+?

¿Dónde se puede solicitar radiografías de tórax?

¿Hay algún programa para acceder a medicamentos básicos?

¿Hay alguna posibilidad de que los pacientes accedan a centros de convalecencia o larga estancia?

ASISTENCIA SOCIAL

¿Hay comedores gratuitos? ¿Son accesibles?

¿Hay distribución de alimentos para consumo fuera de los comedores?

¿Hay posibilidad de acceder a duchas? ¿De utilizar una lavadora, secadora?

¿Qué ropa necesita la población? ¿Con qué periodicidad?

¿Hay albergues o dormitorios públicos? ¿Puede acceder la población que habitualmente atendemos? ¿Qué limitaciones tienen?

¿Existe algún programa excepcional para tramitar la tarjeta sanitaria a personas que no puedan acreditar su identidad?

¿Existe algún programa excepcional para realizar el empadronamiento a personas que no puedan acreditar su identidad y/o sin domicilio fijo?

¿Que entidades y servicios tramitan prestaciones económicas?

¿Existe alguna entidad que ayude a cubrir los gastos de documentación? ¿Los gastos de la realización de las fotografías? ¿de transporte?

¿Existen entidades para facilitar la inserción laboral?

¿Hay centros que acepten recibir correspondencia para los usuarios sin domicilio?

¿Hay la posibilidad de desarrollar un programa de llamadas telefónicas?

La salud cuando se vive en la calle

¿Cabe contactar con la familia? ¿Mediar?

¿Hay ayudas para padres que quieren seguir en contacto con sus hijos?

¿Hay posibilidades de contar con asesoría legal?

DICCIONARIO DE UTILIDAD EN LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA EN ZONAS URBANAS DEPRIMIDAS

INDICE POR PALABRAS

2

25-OH vitamina D: determinación de vitamina D, de utilidad para el estudio de la disminución de la densidad ósea.

3

3TC, Lamivudina, Epivir^r: medicamento antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleótidos, que se usa en el tratamiento del VIH. En la actualidad habitualmente se utiliza sólo en combinación con otros dos medicamentos. Habitualmente bien tolerado puede dar afectación del sistema nervioso periférico. Especialmente si se asocia a D4T o estavudina.

A

Absceso: colección de pus limitada por una membrana. Complicación habitual del consumo de drogas por vía venosa.

AcHBc: anticuerpos contra la parte central o núcleo del virus: AcHBc. (Ac: anticuerpos, HB: hepatitis B, c: core o núcleo del virus Esta prueba se hace positiva muy poco tiempo después de la infección por hepatitis B y perdura mucho tiempo. Por tanto si este análisis resulta negativo es poco probable que la persona haya estado en contacto con el virus de la Hepatitis B y es conveniente la vacunación.

Agenerase^r: medicamento antirretroviral inhibidor de la proteasa. Amprenavir APV 150 mgs 8 caps cada 12 horas, con o sin comida. Evitar tomarlo con comidas grasas

AgHBs: antígeno de la hepatitis B de la membrana o superficie. (Ag: antígeno, HB: hepatitis B, s: superficie o membrana del virus). Este análisis es menos duradero. Desaparece con el paso del tiempo y, por tanto, no es el mejor marcador de haber estado en contacto con el virus de la hepatitis. Puede ser falsamente negativo.No es tan rentable como determinar la presencia de AcHBc

AcHBs: anticuerpo frente a la hepatitis B de la parte de la superficie o membrana. (Ac: anticuerpo, HB: hepatitis B, s: superficie o membrana del virus). Es positivo en personas que han pasado la enfermedad o que han estado vacunadas. En este

caso la positividad suele indicar que la vacuna ha sido efectiva.

La vacuna se prepara a partir de la parte de superficie o de membrana del virus. Con lo cual la respuesta del organismo va a ser fabricar anticuerpos contra el estímulo o antígeno que supone la superficie del virus: AcHBs.

AgVIH: parte del virus del VIH que actúa como desencadenante de la respuesta inmunitaria (Ag antígeno del VIH). Este antígeno desaparece rápidamente en sangre, por lo que no es un buen análisis para saber si una persona está infectada.

AcVIH: análisis específico (Elisa) destinado a detectar la presencia de anticuerpos frente al VIH. Confirma el recuerdo del sistema inmunitario de haber estado en contacto con la enfermedad. Si es negativo y persisten las prácticas de riesgo, conviene repetirla cada seis meses.

Ácido cítrico: utilizado para hacer soluble la heroína marrón. Mezclando heroína marrón (base) con ácido cítrico, la heroína puede ser consumida inyectada.

Adherencia (a un tratamiento): capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del mismo a

fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral¹⁸⁰.

Adulteración: “corte”, utilización de aditivos en la preparación de la droga. La **heroína** habitualmente tiene un 90% de contaminantes, responsables muchas veces de la reacción aguda al consumo de drogas, que se conoce como sobredosis. Los más frecuentes son cafeína, azúcar, talco, codeína (medicamento contra la tos), quinidina (antiarrítmico), efedrina, cafeína, aspirina, barbitúricos, anestésicos locales. En la **cocaína** se puede encontrar azúcar y anestésicos locales.

Agitación: malestar caracterizado por inquietud y actividad aumentada con ansiedad y temor. Puede ser física y psíquica.

Agua destilada: en ampolla, botellín, botella. Utilizada para disolver la cocaína o heroína blanca.

Albergues: dormitorios donde es posible pasar la noche o algunas noches. Suelen tener requisitos que hay que conocer previamente.

Alucinación: sensación de algo inexistente como real. Hay alucinaciones visuales (se ven cosas que no existen o se ven de forma diferente cosas inexistentes), auditivas, táctiles. Después del

consumo de coca son frecuentes las alucinaciones visuales.

Aluminio, papel de plata: utilizado para fumar la heroína marrón que se denomina **fumarse un chino o fumar en plata**

Ambú^r: recipiente de goma para enviar aire a los pulmones cuando se ha perdido la capacidad de respirar espontáneamente. Consta de una mascarilla adaptable a la boca del paciente y de un balón de forma oval que es posible conectar a una bombona de oxígeno. Ha de utilizarse siempre con la boca abierta por el tubo de Mayo también llamada cánula de Guedel.

Americana: jeringa americana. La aguja no se separa de la jeringa y el calibre de la aguja es menor que el calibre de la jeringa española, nacional o normal.

Anafilaxia: respuesta desproporcionada del organismo ante una sustancia extraña que provoca disminución de la tensión arterial, distensión o edemas generalizados y puede llevar a la pérdida de la conciencia. A menudo las drogas por vena y sus aditivos pueden dar lugar a anafilaxia.

Anticuerpo: sustancias del organismo que se producen como respuesta específica a desenga-

denantes externos o antígenos. La finalidad de los anticuerpos es neutralizar elementos que el organismo reconoce como extraños, denominados antígenos.

Anticuerpos antitreponema: prueba para diagnosticar sífilis. Es específica porque la reacción ya no es frente a una parte del treponema, sino frente a la totalidad. Hay menos riesgo de dar como positivos casos que no lo son o falsos positivos. (FTA-Abs o TPHA)

Anticuerpo IgG: anticuerpo que aparece en la fase más tardía de la respuesta frente al antígeno. Determina que el proceso no se halla en fase aguda, sino que el contacto ha tenido lugar ya hace tiempo y que el proceso se halla en fase crónica.

Anticuerpo IgM: anticuerpo que aparece en la fase más inmediata de la respuesta frente al antígeno. Determina que el proceso infeccioso se halla en fase aguda.

Antígeno: proteína que el organismo detecta como extraña y que produce la aparición de elementos de defensa o anticuerpos.

Antisepsia: proceso destinado a destruir mediante sustancias químicas (antisépticos) los microorganismos o impedir su proliferación..

Apnea: suspensión de la respiración. Los **opiáceos** producen disminución de la capacidad de activación del centro respiratorio. La disminución de las respiraciones por debajo de 12 por minuto se denomina bradipnea.

Arritmia: alteración del ritmo cardíaco que se hace irregular. Se reconoce al auscultar el corazón y al tomar el pulso en el cuello (carótidas) o en el antebrazo junto a la muñeca.

Atazanavir: antirretroviral inhibidor de las proteasas. Se usa habitualmente combinado con ritonavir. Náuseas, cefalea, ictericia, ictericia ocular, dolor abdominal, diarrea, dispepsia, vómitos, rash, s. lipodistrófico, fatiga, elevaciones de bilirrubina total, lipasa, CK, ALT y AST; descenso de neutrófilos.¹⁸¹

Atripla® contiene emtricitabina, tenofovir y efavirenz.

AZT o zidovudina (Retrovir^r): medicamento antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleótidos. Fue el primer medicamento que se empleó con éxito en el tratamiento del VIH. En la actualidad habitualmente se utiliza solo en combinación con otros dos medicamentos. Su acción alcanza el sistema nervioso central. Se utiliza en el embarazo.

Entre otros efectos indeseables puede ennegrecer las uñas.

B

Basuco o bazuco: extracto de las hojas de coca que se obtiene al mezclarlas con agua, keroseno y ácido sulfúrico. Es posible fumarlo.

Backloading, carga por detrás: forma de preparar y compartir drogas para ser inyectadas, utilizando dos jeringas para reducir pérdidas. La droga diluida se absorbe con una jeringa y se inyecta la cantidad que se quiere compartir a una segunda jeringa a la que se ha quitado el émbolo o parte de atrás. **Si la primera jeringa está contaminada puede transmitir enfermedades.**

Benzodiacepinas: grupo de medicamentos (lorazepan, diacepan, Valium, Tranxilium), muy utilizados para tratar la ansiedad, el insomnio o falta de sueño. Para relajar y frenar convulsiones. Algunos usuarios las utilizan para potenciar el efecto de algunas drogas y también para contrarrestar los efectos de la cocaína. Habitualmente se consumen por vía oral y dan lugar a sueño, dificultad para hablar, pero en algunas personas ocasionan agitación. La mezcla con alcohol, heroína o metadona favorece la aparición de sobredosis y parada respiratoria.

BID: medicación que se administra dos veces al día.

Bilirrubina: La bilirrubina es una sustancia que normalmente se transforma en el hígado, pasa al intestino y se elimina por las heces, dando el color marrón característico a las deposiciones. Si esta eliminación se ve dificultada por una obstrucción de las vías biliares, la bilirrubina pasa a la sangre, tiñe ojos y piel (ictericia) y al eliminarse por el riñón aumenta la coloración de la orina. Como no se elimina por las heces, disminuye la coloración de las deposiciones que son casi blancas.

Blips: brotes transitorios de viremia de bajo nivel

Boceprevir: antiviral usado en el tratamiento de la hepatitis C, en combinación con riabivrina e interferon

Bola de Nieve (boule de neige): metodología que supone contactar con determinada población que a su vez contacta con personas que habitualmente no contacta con los servicios sociales y sanitarios habituales.

Bolas: dosis de droga que se venden en la calle envueltas en plástico. Si el envoltorio es de papel se llaman papelines.

Bombeado: se utiliza para asegurarse de que toda la droga es inyectada dentro de la vena. Mientras la

aguja permanece dentro de la vena, se extrae sangre que se mezcla en la jeringuilla con la dilución de la droga. Luego se vuelve a inyectar. Algunos consumidores encuentran un placer añadido en este procedimiento.

Bradicardia: disminución de la frecuencia cardiaca por debajo de 60 latidos por minuto. Los **opiáceos** pueden producir bradicardia.

Bradipnea: disminución del número de respiraciones por debajo de 12 por minuto.

Buscarse la vida: ingeniárselas para encontrar los recursos necesarios con que sufragarse una dosis de droga o en general acceder a las necesidades vitales.

C

Camello: persona que se dedica a la venta de drogas.

Cannabidiol (CBD). Cannabinoide vegetal, componente no psicoactivo, que afecta directamente a los CB1 y a los CB2, aunque con una menor afinidad que el tetrahidrocannabinol o THC. Ejerce un control sobre el calcio intracelular y parece limitar la inflamación y el estrés oxidativo. Fue el primer cannabinoide aislado en 1899; tiene funciones psicoactivas muy leves y es un metabolito del tetrahidrocannabinol o THC

Cannabinoides: Son moléculas con efecto sobre los receptores cannabinoides. Pueden ser endógenos, vegetales y sintéticos.

Cannabinoides endógenos o endocannabinoides. Producidos prácticamente por todos los animales, incluido el ser humano. Comprenden entre otros la anandamida (AEA) y el 2-araquidonoilglicerol (2-AG)

Cannabinoides de las plantas o fitocannabinoides. Componentes químicos del arbusto cannabis. Se hallan más abundantemente en las hojas y los brotes florecientes de la planta femenina o cogollos. En menor concentración en tallo, raíces y semillas. Comprenden el THC, delta-9-tetrahidrocannabinol que es la sustancia que confiere dependencia y el cannabidiol.

Cannabinoides sintéticos: dronabinol, nabilone

Cannabis, en castellano, cáñamo. Es un arbusto verde, Cannabis sativa, sin apenas exigencias del suelo para su cultivo. Hay arbustos machos y hembra. Se utiliza esta palabra también para definir de manera genérica las sustancias que de él se extraen. Contiene, al menos, 545 componentes químicos, de los cuales alrededor de 104 son cannabinoides. El principal cannabinoide es una

sustancia psicoactiva, el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC).

Cannabis arbusto hembra tiene formaciones a modo de flores o cogollos es donde se hallan los cannabinoides. Contiene más de 400 componentes químicos, entre ellos los cannabinoides que tienen efectos psicoactivos. El más potente es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). Con estos brotes florecientes de la planta femenina se obtiene hachís (chocolate, costo, china, kiffi, mierda, shit) y los extractos alcohólicos de aceites esenciales. Con el resto de las hojas, plantas más o menos trituradas, seleccionadas o parcialmente procesadas, se obtienen la marihuana, grifa, mariguana, marijuana, grass, María, Marie-Jeanne, banga o ganja.

Consumo fumado. El material que se obtiene del cannabis para uso recreativo se consume fumado en forma de cigarrillos, -mezclado o no con tabaco- en pipas o en vaporizadores.
<https://www.zamnesia.es/content/738-como-fumar-marihuana-pipa>

Cannabis sativa: *cannabis* cultivada en oposición a silvestre.

Cáñamo, nombre castellano del arbusto *cannabis*.

Coffee shop: koffie-shop. Establecimientos holandeses donde puede adquirirse hasta 5 gramos de *Cannabis* para uso propio

Cogollos parte de las plantas femeninas del cannabis o cáñamo. Con ellas se elaboran hachís (chocolate, costo, china, kiffi, mierda, shit) y los extractos alcohólicos de aceites esenciales. Con el resto de las hojas, plantas más o menos trituradas, seleccionadas o parcialmente procesadas, se obtienen la grifa, la mariguana, marijuana (marihuana), grass, María, Marie-Jeanne, banga o ganja.

Consumo oral: aceites, pasteles, infusiones. Conlleva una absorción lenta y errática, que junto a la destrucción parcial por el jugo gástrico y un importante metabolismo de paso hepático, hace que solo el 5-10% del tetrahidrocannabinol o THC administrado pase a sangre. Las concentraciones plasmáticas máximas se alcanzan entre una y cuatro horas tras la ingesta y el inicio de los efectos se da entre media hora y dos horas tras el consumo, pudiendo persistir hasta 6 horas.

Consumo fumado. A) Fumar sin mezclar: variante de consumo que consiste en fumar sin tabaco la mezcla seca y triturada, más o menos seleccionada, de las partes aéreas de la planta, sobre todo las hojas. Se trata de marihuana, grifa, mariguana, marijuana, grass, María, Marie-Jeanne, banga o ganja. Se

consume en pipas hechas de arcilla. B) Cigarrillo, cigarro, porro, generalmente sin filtro y liado con papel de fumar, contiene resinas de cáñamo y tabaco habitualmente rubio.

Detección en orina de derivados del cannabis. Pueden detectarse metabolitos en orina durante 2-4 semanas. En consumidores crónicos la detección puede ser positiva hasta más de un mes después de abandonar el consumo.

Dronabinol. Producto farmacológico más potente que el THC comercializado como Marinol® en cápsulas y Syndros® en formulación líquida. No autorizados en España. En otros países actualmente se encuentra aprobado para el tratamiento de las náuseas y los vómitos asociados a la quimioterapia en pacientes que no responden al tratamiento convencional y también está indicado para la anorexia asociada a la pérdida de peso en pacientes con SIDA. Asimismo, se ha utilizado en diversos ensayos clínicos para el tratamiento de patologías como el dolor crónico, la enfermedad de Alzheimer, el síndrome del colon irritable o la dependencia a drogas tales como el cannabis o los opioides. Nabilona y el Dronabinol se pueden obtener como medicamento extranjero en casos excepcionales de esclerosis múltiple o como antiemético en

tratamientos oncológicos que no responden a la terapia convencional.

Delirio: manifestación infrecuente en el consumo de *Cannabis* se que se relaciona con el consumo en grandes cantidades o al consumirlo por primera vez. Se manifiesta por confusión, alteraciones de la memoria, sensación de temor, suspicacia. No se puede distinguir del delirio debido a cualquier otra causa. Suele ser transitorio, pero que puede volver a aparecer ante un nuevo consumo.

Delta-9-tetrahidrocannabinol THC,
Tetrahidrocannabinol: tipo de cannabinoide. Es la sustancia activa del cannabis sobre el sistema nervioso y responsable de la mayoría de los efectos en el organismo del consumidor. Puede causar dependencia y provocar o inducir enfermedades mentales graves, en relación con su concentración, frecuencia de uso, intensidad del mismo, edad de la persona, estado de salud previo y consumo de otras sustancias de forma asociada. Clasificado como prohibido por las Convenciones Mundiales de 1961, 1971 y 1998. Se halla fundamentalmente en las partes florales o cogollos, las hojas y el tallo del cannabis. Es un agonista parcial de los receptores de los cannabinoides tipo 1 (CB1) del sistema nervioso central.

Deshabitación: fase de tratamiento que se realiza después de la desintoxicación. Se dirige a mantener la abstinencia en la sustancia y evitar la recaída en el consumo.

Desintoxicación: tratamiento sintomático de la dependencia de una droga. Intenta paliar los síntomas al dejara de consumir bruscamente la sustancia o síndrome de abstinencia.

Efectos: los derivados del cannabis se unen a los receptores cannabinoides del cerebro con resultado de euforia, náuseas, vómitos, hiperemia conjuntival, midriasis y alteraciones de la memoria y de la motricidad.

Efectos cardiovasculares. El consumo de cannabinoides da lugar a taquicardia y, en ocasiones, a hipotensión ortostática. En muy pocas ocasiones se han referido efectos cardiovasculares adversos, como infarto de miocardio o accidente cerebrovascular. En personas con problemas cardíacos puede producir un aumento del gasto cardíaco, disminución de la tolerancia del individuo al esfuerzo.

Efectos oculares. Ojos rojos. Inyección conjuntival, con enrojecimiento de la conjuntiva). Reducción en la producción de lágrimas y ptosis palpebral (descenso del párpado superior).

Efectos respiratorios. Incremento de la inflamación de las grandes vías respiratorias, incrementando la resistencia de éstas al aire y destruyendo tejido pulmonar. Un consumo crónico de cannabis deriva en bronquitis crónica, aumento del riesgo de enfisema, inflamación respiratoria crónica, daño en la función respiratoria, incremento en el riesgo de padecer cáncer de pulmón. Efectos similares a los que ocasiona el tabaco.

Flashbacks por *Cannabis*. Aparición de alucinaciones y las mismas experiencias que sintió la persona durante el consumo percepción real después de semanas o meses de abstinencia. Son más comunes en personas que han consumido drogas alucinógenas pero también se han descrito de forma ocasional en consumidores de *Cannabis*.

Generación beat: movimiento de los años 1950, caracterizada por el rechazo a los valores estadounidenses clásicos, el uso de cannabis entre otras drogas, una gran [libertad sexual](#) y el estudio de la [filosofía oriental](#). Influyó en posterior contracultura o movimiento [hippie](#).

Grifa, marihuana, mariguana, marijuana, grass, María, Marie-Jeanne, banga o ganja. Producto de las partes aéreas más o menos trituradas, seleccionadas o parcialmente procesadas, del cannabis. La

marihuana contiene habitualmente entre un 1% y un 5% de tetrahidrocannabinol (THC)

Hachís, chocolate, costo, china, kiffi, mierda, shit. Exudado resinoso (resina) obtenida de las formaciones a modo de flores o cogollos del arbusto hembra de la planta cannabis. Consiste en un triturado seco de flores, hojas y pequeños tallos de la propia planta. Contiene entre un 15-50% de tetrahidrocannabinol (THC) frente al 1-5% de la marihuana.

Hippie: movimiento contracultural y pacifista del mismo nombre, surgido en los Estados Unidos en la década de 1960. El uso de marihuana, ya estaba presente en la generación beat, movimiento underground de los años cincuenta. Pero los hippies la popularizaron aún más y la hicieron más visible¹⁸².

Cánula de Guedel o tubo de Mayo: dispositivo de material plástico que, introducido en la boca de la persona con disminución del nivel de conciencia, evita la caída de la lengua hacia atrás y la consiguiente obstrucción del paso del aire.

El tamaño adecuado debe coincidir con la distancia entre la comisura bucal y el ángulo de la mandíbula.¹⁸³

Carga por delante, *frontloading*: forma de preparar y compartir drogas utilizando dos jeringas para reducir pérdidas. Similar a la carga por atrás o *backloading*. Se llena una jeringa con la droga diluida y se pasa parte de la dilución que se quiere compartir a una segunda jeringa por la parte delantera a la que se ha retirado la aguja. **Si la primera jeringa está contaminada puede transmitir la enfermedad.**

Carga por detrás, *backloading*: forma de preparar y compartir drogas, utilizando dos jeringas para reducir pérdidas. Se llena una jeringa con la droga diluida y se pasa parte de la dilución que se quiere compartir a una segunda jeringa por la parte posterior a la que se ha retirado el émbolo. **Si la primera jeringa está contaminada puede transmitir la enfermedad.**

Carga viral plasmática : cantidad de virus en sangre, determinada a través de calcular el número de copias de ácido ribonucleico (ARN) característico del virus. Se realiza por la prueba de laboratorio PCR o reacción en cadena de la polimerasa. En la actualidad se puede determinar, entre otras, la carga viral del VIH y de la hepatitis B y C. El resultado se muestra por número de copias por mililitro.

CD4: subgrupo de linfocitos, que a su vez son un tipo de leucocitos. Coloquialmente se denominan

defensas y es sinónimo de linfocitos T4. En el paciente infectado por VIH expresan su estado inmunitario. Por debajo de 350/mm³ es recomendable el tratamiento antirretroviral.

Cianosis: coloración azul de la piel y mucosas, debida a oxigenación insuficiente de la sangre y por tanto insuficiente aporte de oxígeno a los tejidos. La **cocaína** puede provocar cianosis por contracción de los vasos del organismo.

CIE: Centro de internamiento de extranjero

CIP: Código de identificación personal, de números y letras en el al anverso de la tarjeta sanitaria¹⁸⁴.

Combivir^r: combinación de medicamentos antirretrovirales, inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa. Zidovudina AZT 300 mgs + Lamivudina 150 mgs 1 comp cada 12 horas, con o sin comida

CK, creatinquinasa: sustancia que se suele dosificar en sangre y que cuando se halla elevada traduce la destrucción muscular. Existe la creatinquinasa total y una forma diferenciada CKmb específica de la destrucción de la musculatura cardíaca.

CKD-EP I (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) Método de cálculo de la función

renal. Se obtiene a partir de la creatinina plasmática, edad y sexo¹⁸⁵ Filtrado glomerular (mL/min) = $141 \times \min (\text{CrP}/\kappa, 1)^\alpha \times \max (\text{CrP}/\kappa, 1) - 1.209 \times 0.993 \text{edad} \times 1.018$ (si mujer) x 1,159 (si raza negra)

Cocaína: “polvo blanco”, “crack”, “farlopa”. Alcaloide cristalino (benzoilmetilecgonina) de las hojas de coca. Es una droga simpaticomimética que produce, por tanto, disminución del diámetro de las arterias, aumento de la presión arterial, bradicardia a dosis bajas y taquicardia a dosis altas, midriasis o dilatación de las pupilas, sudoración abundantes, temblor y aumento de la temperatura corporal. Es anestésico local y estimulante del sistema nervioso central: aumenta el estado de ánimo, disminuye el apetito, la fatiga, sueño, Produce hiperactividad motora, verbal o verborrea y en la aparición de ideas. También dificulta la concentración y produce alucinaciones.

Cocinar: en argot, manipulación de sustancias para obtener una nueva.

Cockcroft-Gault: método de cálculo de la tasa de filtrado glomerular. Medida de la función renal. Se obtiene a partir de la creatinina, combinada con la edad y sexo.¹⁸⁶ Filtrado glomerular (mL/min) = $[140 - \text{edad (años)} \times \text{peso (kg)} \times 0,85 \text{ (si mujer)}] / \text{CrP (mg/dL)} \times 72$

Cohorte CoRIS.¹⁸⁷ La cohorte de la red española de investigación en sida y su biobanco.

Coma: estado de sopor profundo con abolición del conocimiento, movilidad y sensibilidad.

Comedores sociales: comedores gratuitos al servicio de personas en situación social deprimida. Pueden ser públicos o privados.

Convulsión: contracción violenta e involuntaria de la musculatura. Puede ser secundaria a una enfermedad como epilepsia, falta de llegada de sangre al cerebro, de tipo psíquico o tóxico como en los casos de sobredosis.

CoRispe¹⁸⁸. Cohorte de seguimiento de niños infectados por VIH.

Corte o adulteración: utilización de aditivos en la presentación de la droga. Son responsables muchas veces de la reacción aguda al consumo de drogas, a la que se suelen referir como sobredosis.

Craving: deseo vehemente de volver a consumir.

Creatinkinasa, creatinquinasa o CK análisis de sangre que cuando se halla elevado traduce la destrucción muscular. Existe la creatinquinasa total y una forma diferenciada CKmb específica de la destrucción de la musculatura cardíaca.

Crixivan^r: medicamento antirretroviral inhibidor de la proteasa. Indinavir IDV, 400mgs. 2 caps cada 8 horas, estómago vacío o comida ligera

Aceite de cannabis. Forma de consumo oral. Contiene entre un 25-50% de delta-9-tetrahidrocannabinol o THC.

CH

Chuta: término utilizado para describir agujas y jeringas.

D

D4T, Zerit^r, o Estavudina: medicamento antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleótidos, que se usa en el tratamiento del VIH. En la actualidad muy escasamente utilizado. Se ha descrito afectación del sistema nervioso periférico. Especialmente si se asocia a 3TC o lamivudina.

Darunavir (Prezista^R): antirretroviral inhibidor de las proteasas. Se utiliza habitualmente combinado con ritonavir.

DDC, 2'-3'-di[deoxycytidine](#) **Zalcitabina, Hivid^R**: medicamento antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de

nucleótidos, que se usa en el tratamiento del VIH. En la actualidad habitualmente se utiliza poco y siempre en combinación con otros dos medicamentos. Fue el tercer medicamento aprobado por la agencia del medicamento de Estados Unidos para el tratamiento del VIH.

DDI, didanosina: medicamento antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleótidos, que se usa en el tratamiento del VIH. En la actualidad se utiliza muy poco y solo en combinación con otros dos medicamentos.

Delirio: falsa relación del individuo con el mundo exterior, con aparición de ideas incoherentes y visiones irreales que se viven con convicción absoluta de que son reales.

Desfibrilador semiautomático externo: se trata de un equipo con un sistema informático de análisis del ritmo cardíaco que, cuando está indicado, libera una descarga eléctrica para superar la situación de fibrilación ventricular que ha llevado a la parada cardiaca. No es preciso que el personal que lo utiliza sepa reconocer los ritmos cardíacos. Únicamente debe poner los electrodos adhesivos en la persona a tratar. El desfibrilador externo semiautomático requiere que el operador presione un botón para que el aparato inicie el análisis del ritmo cardíaco y el

botón de choque para liberar la descarga eléctrica. Se considera un desfibrilador más seguro que los automáticos ya que el operador tiene la última decisión de realizar o no la descarga eléctrica en la persona a tratar.

Depresión respiratoria: disminución de la movilidad de la musculatura respiratoria a causa de disminución de la sensibilidad del centro respiratorio ubicado en el sistema nervioso central.

Desinfección: procedimiento químico destinado a destruir los microorganismos de un material inerte.

Diaforesis: sudoración

Dislipemia: aumento de los niveles plasmáticos de colesterol total, colesterol-LDL y, sobre todo, triglicéridos.

DDI, didanosina, VIDEX^R: medicamento antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleótidos, que se usa en el tratamiento del VIH. En la actualidad habitualmente se utiliza sólo en combinación con otros dos medicamentos. Con este medicamento se ha descrito afectación del sistema nervioso periférico. Especialmente si se asocia a 3TC o lamivudina.

Dísnea: dificultad en la respiración.

Disolventes volátiles, inhalantes: gases y compuestos orgánicos, o líquidos muy volátiles, presentes en sustancias de uso doméstico o industrial como las colas y pegamentos, sprays, gasolina, quitamanchas, pintura y disolventes.

Droga: en inglés, “drug” puede significar droga (acepción castellana) o bien fármaco (medicamento). Son sustancias con acción sobre el sistema nervioso y el resto del organismo.

E

Edema agudo de pulmón: paso del líquido de los vasos sanguíneos al pulmón, dificultando mucho la función pulmonar. Infiltración de serosidad en el tejido pulmonar causada generalmente por una insuficiencia cardíaca. Complicación que puede darse por una sobredosis de heroína.

Elisa: tipo de análisis enzimático para detectar la presencia de anticuerpos

Embolia: fenómeno por el cual un elemento originado en otra parte del organismo se implanta en una arteria de pequeño diámetro e impide que fluya la sangre

Emtricitabina^r. (Emtriva) pertenece al grupo farmacológico de los agentes inhibidores de

la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos, la dosis habitual en adultos es de 200 mg al día

Enfuvirtida: antiviral inhibidor de la fusión del VIH-1 evitando su penetración y replicación. Se administra por vía subcutánea dos veces al día y su principal efecto adverso es la reacción en el punto de inyección.

Epivir^r, Lamivudina, 3TC: nombre comercial de un medicamento antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleótidos, que se usa en el tratamiento del VIH. En la actualidad habitualmente se utiliza sólo en combinación con otros dos medicamentos. Habitualmente bien tolerado puede dar afectación del sistema nervioso periférico. Especialmente si se asocia a D4T o estavudina.

Eritema: enrojecimiento difuso de la piel, producido por la congestión de los capilares y que desaparece momentáneamente por la compresión. Se puede ver en las venopunciones.

Escala de coma de Glasgow: escala que se utiliza para estudiar las funciones intelectuales y valorar el nivel de conciencia.

Esmarch (venta de): venda usada para cortar la circulación de las extremidades y poder ver las venas para puncionarlas. Se emplea como torniquete.

Española, jeringa española: uno de los dos tipos de jeringas que se usa para el consumo de drogas por vía intravenosa. La jeringa española tiene la aguja de mayor grosor y se puede separar del resto de la jeringa. También la agresión sobre la vena es mayor.

Espemicidas: óvulos, espumas, cremas que, introducidos en la vagina con anterioridad a la relación sexual, pueden impedir el paso de los al destruirlos. Pueden evitar el embarazo, pero no previenen las enfermedades que se transmiten por vía sexual.

Esponja vaginal: esponja sintética blanda impregnada con espermicida, utilizada como método anticonceptivo, pero que no previene las enfermedades que se transmiten por vía sexual.

Estavudina Zerit[®], D4T : medicamento antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleótidos, que se usa en el tratamiento del VIH. En la actualidad habitualmente se utiliza sólo en combinación con otros dos medicamentos. Se ha descrito afectación

del sistema nervioso periférico. Especialmente si se asocia a 3TC o lamivudina.

Eviplera® contiene emtricitabina, tenofovir y rilpivirina.

Extracomunitario: persona que no tiene pasaporte comunitario ni ha nacido en un país de la Comunidad Europea.

F

Filtrado glomerular: la tasa de filtrado glomerular renal es un test de laboratorio que informa sobre el funcionamiento renal. Se calcula a partir de la creatinina por medio de diferentes fórmulas la fórmula MDRD, o Cockcroft-Gault o CKD-EP I). Hay calculadoras automáticas que facilitar hallar el resultado¹⁸⁹.

Filtro: utensilio de diversa naturaleza (papel, algodón, lana, cartón, porcelana, amianto, vidrio, arena, filtro del tabaco) a través del cual se hace pasar un líquido para separarlo de las materias sólidas con que está mezclado o limpiarlo de impurezas. Suele emplearse para filtrar la heroína solubilizada en agua o suero glucosalino y evitar la presencia de sustancias sólidas. Generalmente se usa un trozo de filtro de cigarrillo. Suele ser una habitual moneda de cambio. Se permite utilizar el filtro a

cambio de algo o para hacer un favor. Compartir filtros es una práctica de alto riesgo de transmisión de la hepatitis C y el VIH. También se conoce como **filtro** la entrevista para acceder a un servicio de atención a consumidores de drogas.

Flebitis: inflamación de una vena. Puede ser por el traumatismo de la aguja o a la falta de higiene durante la punción. Los síntomas son dolor, calor, coloración rojiza, hinchazón o edema, que a menudo se manifiesta como una cuerda dura roja en el sitio de la vena.

Fortovase^r : medicamento antirretroviral inhibidor de la proteasa. Saquinavir caps blandas de 200 mgs
5 caps de Fortovase + 1 Norvir cada 12 horas, después de haber comido.

Frontloading, carga por delante: un método para preparar y compartir drogas utilizando dos jeringas para reducir desperdicios, similar a *backloading*. Se llena la jeringuilla con la solución de droga, la aguja se retira de la otra jeringa y parte de la solución se inserta dentro. **Si la primera jeringa está contaminada puede transmitir la enfermedad.**

Fumar un chino, fumar en plata, cazar el dragón: consumo de drogas por vía fumada.

Fuzeon[®]: medicamento antirretroviral del grupo de los inhibidores de la fusión. Contiene enfuvirtida 90 mgs y se suele emplear a dosis de 1 vial por vía subcutánea 2 veces al día

G

GammaGT: gammaGT, análisis de laboratorio específico del hígado, que se altera especialmente a causa del consumo de alcohol.

GeneXpert MTB/RIF: método de laboratorio de biología molecular que permite un diagnóstico bacteriológico rápido de tuberculosis y ofrece la posibilidad de informar en menos de dos horas, de la existencia de tuberculosis y si esas formas o cepas son resistentes a la rifampicina, uno de los medicamentos habitualmente utilizados en el tratamiento de la tuberculosis¹⁹⁰

Grandes intercambiadores de jeringas: personas que por algún motivo acuden a los centros de intercambio de jeringas con grandes cantidades de jeringas usadas. Suelen llevarse también grandes cantidades de jeringas limpias. A veces se debe a que venden jeringas en las zonas de consumo. Otras veces porque guardan contenedores en sus casas. Habitualmente, casas ocupadas por un grupo de consumidores de drogas.

Glucemia: cantidad de glucosa en sangre.

Guedel, cánula de: un dispositivo de material plástico que, introducido en la boca evita la caída de la lengua y la consiguiente obstrucción del paso del aire.

Si es posible, elegir el tamaño adecuado, que debe coincidir con la distancia que haya entre la comisura bucal y el ángulo de la mandíbula.¹⁹¹ También se denomina tubo de Mayo.

H

Hemograma: parte de los análisis de sangre que expresa el estado y cantidad de los glóbulos rojos, glóbulos blancos y de las plaquetas

Hepatitis A, B, C, delta: hepatitis originadas por virus del mismo nombre.

Heroína blanca: se corresponde con la heroína en forma de sal, más apta para el consumo por vía parenteral (es soluble).

Heroína marrón: se corresponde con la heroína en forma de base. Es más apta para el consumo por vía inhalada. Fumar heroína marrón se suele llamar fumarse un chino, fumar en plata. Para utilizar la heroína marrón por vía venosa hay que mezclarla con un ácido. Habitualmente ácido cítrico (jugo de limón), ácido ascórbico, ácido acético (vinagre).

Heroína: “burro”, “potro”, “jaco”, “caballo”, “brown-sugar” (heroína marrón). Derivado semisintético del opio que administrado puede ser consumido por vía intravenosa o mucosa. Produce una sensación de placer intensa y rápida.

High: exaltación tras el consumo inmediato de coca.

Hipertermia: Elevación de la temperatura corporal. Hasta 38°C es febrícula, de 38°C a 40°C es fiebre y más de 40°C es hipertermia o hiperpirexia.

Hipotermia: Disminución de la temperatura corporal por debajo de los límites de la normalidad.

HIV, human immunodeficiency virus: nombre inglés del virus de la inmunodeficiencia humana.

Hivid^R, DDC: medicamento antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleótidos, que se usa en el tratamiento del VIH. En la actualidad habitualmente se utiliza sólo en combinación con otros dos medicamentos.

/

Ictericia: coloración amarillenta de los ojos y de la piel por aumento de la bilirrubina en sangre. La bilirrubina es una sustancia que normalmente se transforma en el hígado, pasa al intestino y se

elimina por las heces, dando el color marrón característico a las deposiciones. Si esta eliminación se ve obstaculizada, la bilirrubina pasa a la sangre, tiñe ojos y piel y al eliminarse por el riñón aumenta la coloración de la orina, a la vez que disminuye la coloración de las heces, que se hacen casi blancas.

Inmigrante: es inmigrante aquella persona que llega a un territorio con la idea de establecerse en él.

Intercambio de jeringas: (Programa de Intercambio de Jeringas -PIJ, PIX-). Incluyen la distribución de material nuevo, recogida de material usado, recomendaciones para un consumo de menor riesgo y habitualmente otras prestaciones. Generalmente, atención sanitaria, social, legal, dependiendo de las características de cada equipo. Hay programas fijos y otros móviles que se desplazan por las zonas de consumo.

Interferon: Interferon pegilado Molécula destinada a estimular el sistema inmunitario. Administración anteriormente en el tratamiento de la hepatitis C. Por vía parenteral 1 vez a la semana. Dos tipos alfa 2a (Pegasys), alfa 2b (Pegintron). También utilizado en otras enfermedades.

Intoxicación aguda por derivados de Cannabis. Es variable en función de cada persona, de la dosis y del contenido de tetrahidrocannabinol (THC).

Inmediatamente después del consumo puede aparecer una fase de euforia, bienestar físico y psíquico, dilatación de las pupilas, congestión conjuntival, náuseas, vómitos y taquicardia. Puede seguirse de una fase de delirio, con confusión, desorientación, alucinaciones o falsas sensaciones visuales y auditivas, alteración de la percepción del espacio y del tiempo, de la memoria inmediata y capacidad de juicio alterada. También somnolencia. Es una situación transitoria, pero que puede repetirse en sucesivas exposiciones a las sustancias derivadas del cannabis. También puede aparecer en personas que lo consumen por primera vez. En una fase final puede haber ansiedad y pánico. Estos síntomas agudos suelen desaparecer espontáneamente a las pocas horas a medida que el tetrahidrocannabinol (THC) se elimina del organismo.

Karkoubi o karkubi. Asociación de resina de cannabis con el medicamento clonazepam. Conocido uso en Marruecos.

Koffie-Shop: coffee shop. Establecimientos holandeses donde pueden venderse hasta 5 gramos de *Cannabis* para uso propio.

Marihuana, mariguana, marijuana, grifa, María, Marie-Jeanne, banga, ganja o grass. Producto de

las partes aéreas más o menos trituradas, seleccionadas o parcialmente procesadas, del cannabis. La marihuana contiene habitualmente entre un 1% y un 5% de THC.

Metabolismo del tetrahidrocannabinol o THC. Tras la entrada en el organismo las concentraciones plasmáticas caen rápidamente por la distribución amplia a tejidos ricos en lípidos. Los cannabinoides son muy liposolubles, por lo que se depositan en tejido graso, permaneciendo mucho tiempo en el organismo. Se metaboliza principalmente en el hígado por el citocromo P 450 (isoenzimas 3A4 y 2C9). La vida media de eliminación es de 25-36 horas, pudiéndose detectar metabolitos en orina durante 2-4 semanas. Un 80% se elimina a través de las heces y un 20% en la orina como metabolitos ácidos que se usan como marcadores de consumo. En consumidores crónicos la detección puede ser positiva hasta más de un mes después de abandonar el consumo. Tetrahidrocannabinol o THC atraviesa la barrera placentaria y se excreta en leche materna.

Nabilona es un cannabinoide sintético análogo del tetrahidrocannabinol o THC, que presenta mayor selectividad por los receptores CB1. Al ser un análogo estructural del tetrahidrocannabinol

o THC, sus características farmacológicas son similares a las de este, con la salvedad de que posee un efecto más potente y duradero. En España no se encuentra autorizada. En otros países está indicada para el tratamiento de las náuseas y los vómitos asociados a la quimioterapia cuando los pacientes no responden a los tratamientos convencionales. También ha sido empleada en ensayos clínicos frente a otros trastornos fisiológicos y patologías como el dolor crónico, la enfermedad de Parkinson o incluso la propia dependencia al cannabis. Nabilona y el Dronabinol se pueden obtener como medicamento extranjero en casos excepcionales de esclerosis múltiple o como antiemético en tratamientos oncológicos que no responden a la terapia convencional.

Nabiximoles (Sativex®). Extracto normalizado de hojas y flores de Cannabis sativa, que contiene una mezcla de cannabinoides, fundamentalmente tetrahidrocannabinol o THC y CBD. Está indicado en la actualidad para el tratamiento paliativo de la rigidez en las extremidades y la mejora de las funciones motoras en pacientes con esclerosis múltiple. También están siendo estudiados como posible terapia frente al dolor

crónico asociado a patologías como el cáncer o la artritis reumatoide, y como tratamiento para la deshabituación al cannabis. Tanto Sativex® como Epidiolez® se encuentran comercializados en España. y la Nabilona y el Dronabinol se pueden obtener como medicamento extranjero en casos excepcionales de esclerosis múltiple o como antiemético en tratamientos oncológicos que no responden a la terapia convencional.

Peta, petardo: porro. Cigarro, generalmente sin filtro y liado con papel de fumar que contiene resinas de cáñamo y tabaco habitualmente rubio. Se consume fumado.

ITIAN: Inhibidor/es transcriptasa inversa análogos nucleósido o nucleótido

ITNN: Inhibidor/es transcriptasa inversa no nucleósidos

Invirase^r : medicamento antirretroviral inhibidor de la proteasa . Saquinavir caps duras 200mgs. 5 caps Invirase + 1 caps Norvir cada 12 horas, después de haber comido.

IPREM: Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples

Isentress^r : Medicamento utilizado en el tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Es el nombre comercial de Raltegravir. Se utiliza aún en la actualidad en el tratamiento post-exposición cada 12 horas, junto a Truvada cada 24 horas, a lo largo de 4 semanas.

J

Jeringa (Flauta, chuta, jeringuilla, insulina, espada, hipodérmica): instrumento destinado a la introducción de sustancias líquidas en el organismo. Es un tubo hueco, provisto de un émbolo y con un estrechamiento en un extremo en el que se acopla la aguja. Las más utilizadas por los usuarios de drogas por vía parenteral son la española y la americana

Jeringa americana: jeringa y aguja forman un solo cuerpo y el grosor de la aguja es menor que el de la española.

Jeringa española, nacional, o normal: la aguja se puede separar del resto de la jeringa y la aguja es de mayor grosor que la de la americana. También la agresión sobre la vena es mayor.

K

Kaletra^r: medicamento antirretroviral inhibidor de la proteasa. Lopinavir/Ritonavir tabletas 400/100 mg (2 tabletas) dos veces al día con o sin comida.

Karkoubi o karkubi. Asociación de resina de cannabis con el medicamento clonazepam. Conocido uso en Marruecos.

Kivexa^r: combinación de medicamentos antirretrovirales inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa. Abacavir 600 mgs + Lamivudina 300 mgs 1 vez al día

Koffie-Shop: coffee shop. **Establecimientos holandeses donde pueden venderse hasta 5 gramos de Cannabis para uso propio.**

L

Lamivudina, 3TC, Epivir^r: medicamento antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleótidos, que se usa en el tratamiento del VIH. En la actualidad habitualmente se utiliza sólo en combinación con otros dos medicamentos. Habitualmente bien tolerado puede dar afectación del sistema nervioso periférico. Especialmente si se asocia a D4T o estavudina.

LDH o lactodeshidrogenasa. Análisis de laboratorio que expresa la destrucción muscular generalizada (o rabdomiolisis) o en pulmón, hígado, corazón.

Lejía: hipoclorito sódico. Es recomendable para la limpieza de superficies, suelos, lavabos, WC.

Limpieza: eliminar el material ajeno a un objeto. Siempre precede a la desinfección y/o esterilización.

Logaritmo: unidad matemática en la que suele expresarse también la cantidad de carga viral. Una disminución de dos unidades del logaritmo inicial suele ser un buen índice de eficacia del tratamiento.

Lubricante: Son líquidos o pomadas que facilitan la penetración sexual. Hay que utilizar lubricantes **hidrosolubles** (a base de agua). Hay de diferentes

sabores que se pueden utilizar externamente o para sexo oral.

M

Mantoux, PPD, tuberculina: prueba que consiste en inyectar en la piel un desencadenante que permite observar a través de una reacción local que esa persona ha estado en contacto con el bacilo de la tuberculosis.

Marihuana, mariguana, marijuana, grifa, María, Marie-Jeanne, banga, ganja o grass. Producto de las partes aéreas más o menos trituradas, seleccionadas o parcialmente procesadas, del cannabis. La marihuana contiene habitualmente entre un 1% y un 5% de THC.

Metabolismo del tetrahidrocannabinol o THC. Tras la entrada en el organismo las concentraciones plasmáticas caen rápidamente por la distribución amplia a tejidos ricos en lípidos. Los cannabinoides son muy liposolubles, por lo que se depositan en tejido graso, permaneciendo mucho tiempo en el organismo. Se metaboliza principalmente en el hígado por el citocromo P 450 (isoenzimas 3A4 y 2C9). La vida media de eliminación es de 25-36 horas, pudiéndose detectar metabolitos en orina durante 2-4 semanas. Un 80% se elimina a través de las heces y un 20% en la orina como metabolitos

ácidos que se usan como marcadores de consumo. En consumidores crónicos la detección puede ser positiva hasta más de un mes después de abandonar el consumo. Tetrahidrocannabinol o THC atraviesa la barrera placentaria y se excreta en leche materna.

Maraviroc (MVC): Los inhibidores del correceptor CCR5 actúan bloqueando la entrada de VIH-1 en la célula diana. Estos fármacos son activos solamente si el virus tiene tropismo R5

MDRD (Modification of Diet for Renal Diseases). Método de cálculo del filtrado glomerular o funcionamiento del riñón. Combina creatinina con edad, sexo y raza¹⁹². Filtrado glomerular (mL/min/1,73 m² = $186 \times [\text{CrP (mg/dL)}]^{-1,154} \times [\text{edad (años)}]^{-0,203} \times 0,742 \text{ (si mujer)} \times 1,212 \text{ (si raza negra)}$

Metadona: opioide muy útil en el tratamiento de la adicción a los opiáceos. Con una dosis diaria por vía oral puede mantenerse a un sujeto adicto sin **síndrome de abstinencia**. El propio síndrome de abstinencia a la metadona, aunque prolongado, es siempre más suave que el de la heroína.

Metavir¹⁹³: escala que informa del grado de fibrosis del hígado

F0 - Muestra un hígado en perfecto estado, sin ninguna agresión por el virus de la hepatitis C.

F1 - Muestra un hígado con fibrosis mínima.

F2 - Muestra la existencia de fibrosis moderada, dentro de algunas áreas del hígado, pudiendo alcanzar los vasos sanguíneos.

F3 - Muestra una fibrosis avanzada, llamada de fibrosis en puente, que se esparce uniendo todas las áreas con fibrosis.

F4 - Indica la existencia de cirrosis o una fibrosis muy avanzada.

Midriasis: dilatación de la pupila. Lo produce la cocaína y la falta grave de llegada de sangre al cerebro.

Miosis: contracción exagerada de las pupilas que aparecen muy cerradas, casi como puntitos (pupilas puntiformes). Lo produce la heroína y los derivados opiáceos.

N

Nabilona es un cannabinoide sintético análogo del tetrahidrocannabinol o THC, que presenta mayor selectividad por los receptores CB1. Al ser un análogo estructural del tetrahidrocannabinol o THC, sus características farmacológicas son similares a las

de este, con la salvedad de que posee un efecto más potente y duradero. En España no se encuentra autorizada. En otros países está indicada para el tratamiento de las náuseas y los vómitos asociados a la quimioterapia cuando los pacientes no responden a los tratamientos convencionales. También ha sido empleada en ensayos clínicos frente a otros trastornos fisiológicos y patologías como el dolor crónico, la enfermedad de Parkinson o incluso la propia dependencia al cannabis. Nabilona y el Dronabinol se pueden obtener como medicamento extranjero en casos excepcionales de esclerosis múltiple o como antiemético en tratamientos oncológicos que no responden a la terapia convencional.

Nabiximoles (Sativex®). Extracto normalizado de hojas y flores de Cannabis sativa, que contiene una mezcla de cannabinoides, fundamentalmente tetrahidrocannabinol o THC y CBD. Está indicado en la actualidad para el tratamiento paliativo de la rigidez en las extremidades y la mejora de las funciones motoras en pacientes con esclerosis múltiple. También están siendo estudiados como posible terapia frente al dolor crónico asociado a patologías como el cáncer o la artritis reumatoide, y como tratamiento para la deshabituación al cannabis. Tanto Sativex® como Epidiolez® se encuentran comercializados en España. y la Nabilona y el

Dronabinol se pueden obtener como medicamento extranjero en casos excepcionales de esclerosis múltiple o como antiemético en tratamientos oncológicos que no responden a la terapia convencional.

Naloxona: antagonista opioide utilizada en la sobredosis de opioides. La dosificación habitual en las intoxicaciones agudas es un bolo intravenoso de 1-2 mg. Si no hay respuesta, se volverá a administrar 1-2 mg. nuevamente. La administración de 10-15 mg. de naloxona sin respuesta, debe plantear otro diagnóstico. Si el paciente despierta con la primera dosis, debe tenerse especial precaución en los 15-20 minutos siguientes, ya que la duración del efecto de la naloxona es de unos 20-30 minutos, marcadamente más corta que los opiáceos.

Naltrexona: Tiene unos efectos farmacológicos equivalentes a la **naloxona**. Su principal diferencia es que es efectiva por vía oral y que su vida media es más larga.

Necesidades básicas: techo (alojamiento), alimentación, higiene.

Norvir^r: medicamento antirretroviral inhibidor de la proteasa. Ritonavir RTV 100mgs. 6 cáps cada 12 horas, con comida, pero más frecuentemente se toma

combinado con otros inhibidores de la proteasa a los que potencia.

Null responder. En hepatitis C se refiere a los pacientes que han sido tratados previamente y que no han tenido respuesta positiva.

O

Operación frío, operación invierno: medidas que se ponen en marcha en la estación invernal o cuando bajan las temperaturas, para la atención específica de las personas que están en la calle. Suelen implicar adaptar locales para pasar la noche.

Opio: Sustancia gomosa de color marrón de la corteza de las cápsulas verdes de la adormidera, *papaver somniferum*. Contiene más de 20 alcaloides, entre ellos morfina, codeína, narcotina, narceína, tebaína, papaverina, criptonina, protopina, muchos de los cuales son narcóticos y convulsionantes. La acción es distinta, según la dosis. A pequeñas dosis es estimulante cardíaco y cerebral; a dosis medias provoca sueño, disminuye la actividad motora y secretora, dilata los vasos, aumenta la sudoración y provoca **miosis** o pupilas de reducido diámetro. A dosis elevadas ocasiona fenómenos de intolerancia, náuseas, vómitos, disminuye la respiración y la

temperatura con disminución del nivel de conciencia. Se suele emplear en el tratamiento del dolor grave, como en todas sus formas, moderador de las secreciones, de la respiración y estados de irritación, antitusígeno y antidiarreico.

Osteoporosis: disminución de la densidad ósea que se determina por los valores más bajos en la densitometría ósea, por debajo de la situación de osteopenia. Tienen mayor riesgo de osteoporosis las mujeres postmenopáusicas, fumadores, bajo peso corporal, mayores de 50 años, con déficit de vitamina D, hepatitis C, insuficiencia renal, diabetes, CD4 <250 células/ μ L o toma crónica de esteroides.

P

Padrón: el **padrón municipal** es el registro administrativo donde constan los vecinos del municipio. Su formación, mantenimiento, revisión y custodia corresponde a los respectivos ayuntamientos.

Papel de aluminio, papel de plata: utilizado para fumar la heroína marrón que se denomina fumarse un chino o fumar en plata.

Papelinas: dosis de droga que se venden en la calle envueltas en papel. Si el envoltorio es de plástico, se llaman bolas.

Pápula: Erupción eruptiva pequeña, sólida y circunscrita en la piel. Termina ordinariamente por descamarse. Es una de las lesiones elementales de la piel.

Paro, parada cardiorrespiratoria: estado clínico consecuente al cese súbito de la circulación y respiración espontáneas, con la peculiaridad de ser potencialmente reversible.

Parada respiratoria: cese de la respiración espontánea de la persona. Se reconoce porque no hay movimientos del tórax, ni entrada ni salida del aire por la boca que se constata acercando la propia cara a la boca de la persona afectada. .

Paranoia: alteración mental caracterizada principalmente por delirios sistemáticos, pueden ir combinados con alucinaciones táctiles y visuales.

Partición de la dosis. Consiste en diluir la droga perteneciente a dos o más personas y repartirla. Se utiliza una jeringa para hacer la medición exacta. De ahí se suele pasar a las jeringas de cada uno de los inyectores (*frontloading*, *backloading*). También se

usa para invitar a alguien a un “cinquillo” (una marca de la jeringa de insulina)

Pascal: unidad de presión (fuerza/superficie). 1 Pascal (Pa) es la presión que ejerce una fuerza de 1 newton sobre una superficie de 1 metro cuadrado.

Patología dual. Coexistencia de un trastorno por uso de drogas sustancias y enfermedad psiquiátrica

PCR: Reacción en cadena de la polimerasa. Técnica de laboratorio para detectar el virus en sí (ya no anticuerpos) y cuantificarlo en número de unidades o copias, que es lo que se conoce como carga viral. En la actualidad se puede determinar la carga viral del VIH y de la hepatitis B y C. El resultado se muestra por número de copias por mililitro. No confundir por las mismas siglas con un análisis de laboratorio de inflamación, Proteína C Reactiva.

Pensión de invalidez contributiva: prestación económica dirigida a personas que tienen un periodo de carencia cotizado en la Seguridad Social igual o superior a 10 años y están en alta (trabajando) o en situación asimilada. Se obtiene presentándose a las oficinas de desempleo.

Pensión de invalidez no contributiva (PNC): prestación económica para personas que no han contribuido o cotizado a la Seguridad Social pero

que, por motivos de salud (graves) o de edad (mayores de 65 años), no pueden trabajar. Para poder acceder a ella es necesario pasar un tribunal médico (excepto los mayores de 65 años que la tramiten como jubilación) en el que se aporte documentación sanitaria de las enfermedades pasadas, así como información de carácter social. La valoración la realiza un equipo multidisciplinar compuesto por médicos y trabajadores sociales. Al final de la valoración el equipo emite un grado de invalidez que, si es superior al 65%, da derecho a una prestación económica por invalidez, gratuidad en los transportes públicos y en todos los gastos de farmacia y médicos. Si es del 35% sólo se tiene derecho a la gratuidad en los transportes públicos, pero no a prestación económica, porque se supone que esa persona es apta para trabajar.

Período ventana de un virus: fase de tiempo durante el cual un virus se halla en el organismo, pero no es posible detectarlo con el análisis de laboratorio realizado.

Peta, petardo: porro. Cigarro, generalmente sin filtro y liado con papel de fumar que contiene resinas de cáñamo y tabaco habitualmente rubio. Se consume fumado.

PICO: Inyección, pinchazo en la vena para introducción de la droga. También se alude al conjunto de material que se va a introducir.

PIJ: programas de intercambio de jeringas. Incluyen la distribución de material nuevo, recogida de material usado, recomendaciones para un consumo de menor riesgo y habitualmente otras prestaciones. Generalmente atención sanitaria, social, legal, dependiendo de las características de cada equipo. Hay programas fijos y otros móviles que se desplazan por las zonas de consumo.

PIRMI: prestación económica para toda persona mayor de 25 años sin empleo ni ingresos económicos mínimos, de unos 420€/mes aproximadamente, que es superior si tiene hijos a su cargo. Como contraprestación debe seguir los acuerdos pactados con el asistente social (cursos de alfabetización, formación laboral, entre otros). No se puede trabajar mientras se cobra esta ayuda y, si se hace, cabe que se descuente lo que cobra.

Plata, papel de aluminio: utilizado para fumar la heroína marrón. Se denomina **fumarse un chino o fumar en plata**

PPD, tuberculina, o Mantoux: prueba que consiste en inyectar en la piel un desencadenante que permite observar a través de una reacción local que esa

persona ha estado en contacto con el bacilo de la tuberculosis.

Prisión preventiva: prisión en espera de juicio.

Programa interdepartamental de Renta Mínima de Inserción: PIRMI

Programa de llamadas telefónicas: prestación de algunos servicios que permiten una o varias veces al mes realizar llamadas a familiares, amigos de forma gratuita. Facilita el acceso a documentación, reinserción y replanteamiento de vida.

Programas de reducción de daños: estrategias individuales y colectivas destinadas a minimizar los daños asociados a una determinada circunstancia.

Proteasa: junto a la transcriptasa inversa y la proteasa es una de las tres enzimas fundamentales del ciclo de replicación del VIH.

Pruebas rápidas o tests rápidos: análisis de laboratorio basados en realizar una punción en el dedo y colocar unas gotas de sangre en tiras reactivas que ofrecen el resultado en unos 10 minutos. Existen para VIH, sífilis, hepatitis C. Hay variantes donde la muestra es saliva.

Puntos de inyección: zonas del cuerpo para realizar la inyección. Zonas seguras: venas del brazo y

antebrazo, venas de las piernas; zonas poco recomendables: pies, manos y dedos; zonas peligrosas: cuello, abdomen, cara, pechos, genitales e ingle.

R

Rabdomiolisis: destrucción masiva de células musculares que a menudo se traduce con alteraciones de los análisis de sangre, fundamentalmente creatinquinasa o CK

Reacción en cadena de la polimerasa, PCR: Técnica de laboratorio para detectar el virus en sí (ya no anticuerpos) y cuantificarlo en número de unidades o copias, que es lo que se conoce como carga viral. En la actualidad se puede determinar la carga viral del VIH y de la hepatitis B y C. El resultado se muestra por número de copias por mililitro.

Respuesta viral sostenida en el tratamiento de la hepatitis C. Supone ARN de la hepatitis C indetectable, 12 semanas después de iniciado el tratamiento. Equivale a erradicación. Reduce la morbilidad y mortalidad hepática y no hepática. después de la discontinuación del tratamiento. Se asocia a una normalización de las pruebas de función hepática y a una mejoría o desaparición de la necroinflamación y la fibrosis hepática en los pacientes sin cirrosis. En

los pacientes con cirrosis, la curación se asocia a una disminución, pero no eliminación, del riesgo de eventos clínicos relacionados con la hepatopatía crónica.¹⁹⁴

Resistencia viral cruzada: resistencia del virus a medicamentos similares, tras la exposición a uno de ellos.

Retrovir: nombre comercial de la AZT o zidovudina. Medicamento antiretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleótidos. Fue el primer medicamento que se empleó con éxito en el tratamiento del VIH. En la actualidad habitualmente ya no se utiliza solo, sino en combinación con otros dos medicamentos. Puede llegar al sistema nervioso central y utilizarse en el embarazo. Puede ennegrecer las uñas.

Reyataz^r: medicamento antirretroviral del grupo de los inhibidores de la proteasa. Atazanavir ATV 150 mgs 2 caps de Reyataz + 1 caps de Norvir 1 vez al día

Ribavirina: medicamento utilizado en el tratamiento de la hepatitis C.

Rilpivirina^r Recomendable con una comida ligera porque se absorbe mejor. Disminución del recuento

de leucocitos y plaquetas, descenso de hemoglobina, elevación de colesterol total y LDL, hipertrigliceridemia, disminución de apetito, insomnio, depresión, trastornos del sueño, cefalea, mareos, somnolencia, náuseas, aumento de amilasa pancreática y lipasa, dolor y molestias abdominales, vómito, boca seca, elevación de transaminasas y bilirrubina, exantema, cansancio. Lipodistrofia. Síndrome de reconstitución inmune¹⁹⁵.

Ribavirina: (Copegus), (Rebetol) medicamento utilizado en el tratamiento de la hepatitis C. Análogos de nucleósido. En combinación con otros fármacos mejora la respuesta al tratamiento. Se administra por vía oral, dos veces al día, en función del peso corporal. Actualmente en desuso.

RMI: Renta Mínima de Inserción (RMI) o Programa interdepartamental de Renta Mínima de Inserción (PIRMI) s una prestación para toda persona mayor de 25 años sin empleo ni ingresos económicos mínimos, de unos 420 €/mes aproximadamente que es superior si tiene hijos a cargo.

Rush: oleada inmediata de placer después de consumir ciertas drogas.

S

Seguridad vial. Riesgo aumentado de siniestros de tránsito al conducir vehículos después de fumar un cigarrillo de marihuana, ya que altera la actividad motora, atención y capacidad de respuesta en forma similar a la que se alcanza con alcoholemias iguales o mayores a 0,5 g/L (tomando en cuenta las variabilidades interindividuales y de contenido de **tetrahidrocannabinol o THC**)

Síndrome de abstinencia: conjunto de rasgos que aparecen de forma característica al dejar de consumir de forma brusca una sustancia. Se recurre a la toma de la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar estos síntomas. En el cannabis se ha descrito irritabilidad, agresividad, inquietud, nerviosismo, disminución del apetito, y dificultades para dormir, que ceden al consumir de nuevo **cannabis**

Síndrome amotivacional: deterioro en la personalidad del sujeto, con pérdida de energía e importante disminución de sus actividades habituales. La sintomatología desaparece tras la abstinencia prolongada del **cannabis**. Se relaciona con la situación de consumo crónico en consumidores habituales y puede estar también relacionado con características particulares de los consumidores.

Síndrome de hiperémesis cannabinoide (SHC) se caracteriza por episodios recurrentes de náuseas y vómitos, a menudo acompañados de baños calientes compulsivos, en personas con consumo crónico de cannabinoides. Su diagnóstico es de exclusión. Su tratamiento es sintomático, asociado al cese del consumo de cannabinoides. Descrito por primera vez en 2004.¹⁹⁶

Síntomas de la dependencia al cannabis: abandono del grupo de amigos no consumidores, problemas de rendimiento escolar o laboral, desinterés por actividades que no tengan relación directa con el consumo, preocupación por disponer de *Cannabis* y uso compulsivo del mismo.

Sífilis: enfermedad infecciosa que se transmite a través de las relaciones sexuales. La produce el *Treponema Pallidum*. Ocasiona lesiones locales en el sitio de contacto y generalizadas a través de la diseminación por la sangre. Se diagnostica por análisis de sangre, concretamente por la determinación de anticuerpos.

Simeprevir. Inhibidor de la proteasa ensayado en hepatitis C

Simplificación en el tratamiento antirretroviral: cambio de la pauta de tratamiento a otra pauta más simple en paciente con carga viral indetectable

Síndrome de abstinencia (deprivación o retirada (“withdrawal”)): conjunto de manifestaciones que presenta una persona acostumbrada a una sustancia que provoca adicción cuando súbitamente deja de tomar esta sustancia. Las manifestaciones dependen de cada sustancia.

Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune: IRIS en inglés. Conjunto de reacciones que se producen en el curso del tratamiento antirretroviral debidas a la recuperación del sistema inmunitario y reacción frente a posible agentes infecciosos. Salvo casos graves se resuelven. El uso de corticoides durante 4 semanas disminuye la sintomatología en tuberculosis y en afectación del sistema nervioso. Lo mejor es diagnosticar cuanto antes al paciente. Porque con CD4 50 es frecuente este síndrome.

Sobredosis. exceso de cantidad de una sustancia en sangre, de manera que puede causar la muerte. A veces se emplea para describir reacciones agudas al consumo de drogas, sin que se trate del exceso de una sustancia en sangre.

SOJ: Servicio de Orientación Jurídica

Speed-ball: mezcla de **cocaína** y **heroína**.

Subsidio para liberados de prisión: toda persona que ha cumplido una condena superior o igual a seis

meses de prisión, si es español o extranjero con residencia legal (anterior a su ingreso en prisión), tiene derecho al subsidio para liberados de prisión

Sustiva^r: medicamento antirretroviral inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de los nucleótidos. Efavirenz EFV 600 mgs. 1 vez al día, antes de acostarse

T

Tapón, cuchara, lata: recipientes donde se realiza la mezcla de la sustancia para poder ser inyectada. No se trata de nombres figurados, sino que son estos elementos domésticos los que se utilizan.

TAR. Tratamiento antirretroviral.

Taquicardia: aumento de la frecuencia cardiaca por encima de 100 latidos por minuto. La **cocaína** puede producir taquicardia y latidos arrítmicos.

Techo: lugar donde dormir o refugiarse.

Telzir^r: medicamento antirretroviral del grupo de los inhibidores de la proteasa. Fosamprenavir FPV 700 mgs; 1 caps de Telzir + 1 caps de Norvir cada 12 horas, con o sin comida

Telaprevir antiviral usado en el tratamiento de la hepatitis C, en combinación con riabivrina e interferon

THC, Tetrahydrocannabinol, delta-9-tetrahydrocannabinol: tipo de cannabinoide. Es la sustancia activa del cannabis sobre el sistema nervioso y responsable de la mayoría de los efectos en el organismo del consumidor. Puede causar dependencia y provocar o inducir enfermedades mentales graves, en relación con su concentración, frecuencia de uso, intensidad del mismo, edad de la persona, estado de salud previo y consumo de otras sustancias de forma asociada. Clasificado como prohibido por las Convenciones Mundiales de 1961, 1971 y 1998. Se halla fundamentalmente en las partes florales, las hojas y el tallo del **cannabis**

Tetrahydrocannabinol, delta-9-tetrahydrocannabinol, THC: tipo de cannabinoide. Es la sustancia activa del cannabis sobre el sistema nervioso y responsable de la mayoría de los efectos en el organismo del consumidor. Puede causar dependencia y provocar o inducir enfermedades mentales graves, en relación con su concentración, frecuencia de uso, intensidad del mismo, edad de la persona, estado de salud previo y consumo de otras sustancias de forma asociada. Clasificado como prohibido por las Convenciones Mundiales de 1961, 1971 y 1998. Se halla fundamentalmente en las partes florales, las hojas y el tallo del **cannabis**

Tipranavir: antirretroviral inhibidor de las proteasas. Se usa combinado con ritonavir y está autorizado para personas que han fracasado en anteriores pautas de tratamiento.

Toallitas de alcohol: toallitas impregnadas en alcohol que se deben utilizar antes y después de la inyección. Se entregan en los programas de intercambio de jeringas.

Tolerancia: fenómeno consistente en la producción de efectos cada vez más pequeños con la administración de dosis iguales de un producto. Explica que se administren dosis cada vez mayores de una sustancia para poder conseguir el mismo efecto que cuando se usó por primera vez. Usualmente está asociada a la dependencia física. El **cannabis** produce tolerancia.

Torniquete: instrumento para comprimir una hemorragia al presionar sobre el vaso sanguíneo o mostrar mejor las venas antes de una inyección. Cualquier venda elástica (fácil de aflojar), cinturón, cordones, manga de camisa, preservativo, guante de látex sirve.

Transcriptasa inversa: junto a la proteasa e integrasa es una las tres enzimas fundamentales del ciclo de replicación del VIH. Una de las familias de medicamentos frente al VIH lo constituyen los

inhibidores de la transcriptasa inversa. Hay dos tipos nucleósidos y no nucleósidos.

Transmisión vertical: transmisión de enfermedades de la madre al hijo, durante el embarazo, el parto o la lactancia. El virus de la inmunodeficiencia humana VIH se puede contagiar por transmisión vertical.

Trastornos de ansiedad relacionados al consumo de **cannabis** La sintomatología de ansiedad puede llegar al 22%, de los consumos. Está relacionado directamente con la dosis y se da con mayor frecuencia en el sexo femenino y en consumidores poco experimentados.

Triumeq®: combinación de medicamentos antirretrovirales Dolutegravir, Abacavir, Lamivudina.

Trizivir^r: combinación de medicamentos antirretrovirales, todos ellos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa. Zidovudina AZT 300 mgs + Lamivudina 150 mgs + Abacavir 300 mgs. 1 comp cada 12 horas, con o sin comida

Truvada^r: combinación de medicamentos antirretrovirales, inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa. Tenofovir 245mgs +

Emtricitabina 200 mgs 1 vez al día, con comida ligera.

Tuberculina, PPD o Mantoux: prueba que consiste en inyectar en la piel un desencadenante que permite observar a través de una reacción local que esa persona ha estado en contacto con el bacilo de la tuberculosis

Tubo de Mayo: tubo de plástico de unos 7 cm que se utiliza para garantizar el buen funcionamiento de la vía respiratoria cuando un individuo está inconsciente, evitando así que la lengua pueda obstruirla. También denominada **cánula de Guedel**.

U

Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH): unidades en hospitales donde se realiza la desintoxicación en régimen de hospitalización.

V

Vías de consumo de cannabis. Las vías habituales de administración de cannabis incluyen la ingesta (comestibles en alimentos y bebidas), fumar (cigarros o pipas), vaporización (de material seco de plantas de cannabis con vaporizadores o de líquidos infusionados con cannabinoides con cigarrillos

electrónicos) y tamponar (inhalaación rápida de concentrado de cannabis de alta potencia con un elemento metálico calentado).⁵ Existen otras vías como la transdérmica, intravenosa, rectal, sublingual o intraocular, que se han utilizado con fines terapéuticos o de investigación. Las vías de consumo fumado (cigarros e inhalada) tienen rápida absorción, siendo el **tetrahidrocannabinol o THC** detectable en plasma a los pocos segundos, con concentraciones máximas entre los 3 y 10 minutos de la administración y pueden durar hasta 2 y 3 horas.

Videx^R, DDI, didanosina: medicamento antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleótidos, que se usa en el tratamiento del VIH. En la actualidad habitualmente se utiliza sólo en combinación con otros dos medicamentos.

Viracept^r: medicamento antirretroviral del grupo de los inhibidores de la proteasa. Nelfinavir NFV, comp 250mgs, 3 comp cada 8 horas o 5 comp cada 12 horas, con comida.

Viramune^r: medicamento antiretroviral inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de los nucleótidos. Nevirapina NVP 200 mgs al día 1 comp cada 12 horas, con o sin comida

Z

Zerit^r, D4T o Estavudina: medicamento antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleótidos, que se usa en el tratamiento del VIH. En la actualidad habitualmente se halla en desuso. Se ha descrito afectación del sistema nervioso periférico. Especialmente si se asocia a 3TC o lamivudina.

Zidovudina, AZT, Retrovir^r: medicamento antirretroviral de la familia de los inhibidores de la transcriptasa inversa, análogos de nucleótidos. Fue el primer medicamento que se empleó con éxito en el tratamiento del VIH. En la actualidad habitualmente ya no se utiliza solo sino en combinación con otros dos medicamentos. Puede llegar al sistema nervioso central y utilizarse en el embarazo. Puede ennegrecer las uñas.

Zona de consumo de drogas: sitios y lugares donde se realizan los consumos de drogas. Es mejor que no sean lugares muy escondidos.

Bibliografía

1

https://annalsdelsagratcor.org/docs/Annals_vol29n0.pdf

2

https://annalsdelsagratcor.org/docs/Annals_vol29n1.pdf

3

https://web.gencat.cat/es/tramits/tramits-temes/8144_-_Targeta_sanitaria_individual_TSI?moda=1

4

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-diagnostico-microbiologico-tuberculosis-13029946>

5

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-diagnostico-microbiologico-tuberculosis-13029946>

6

https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/2018.01.23_MANUAL-XPert.pdf

7

Ramos JM, Pastor C, Masia MM, Cascales E, Royo G, Gutierrez-Rodero F. Examen de salud en la población inmigrante: prevalencia de infección tuberculosa latente, hepatitis B, hepatitis C,

infección por el VIH y sífilis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2003 Dec; 21:540-2.

8

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552016000200002

⁹ Leonard MK, Osterholt D, Kourbatova EV, Del Rio C, Wang W, Blumberg HM How many sputum specimens are necessary to diagnose pulmonary tuberculosis? *Am J Infect Control.* 2005 Feb; 33:58- 61

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15685138?ordinalpos=58&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSm

10

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs328/es/>

11

<https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/viromicromol/VHBrev.pdf>

12

<https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/viromicromol/VHBrev.pdf>

13

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs280/es/>

14 <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-eliminacion-hepatitis-c-documento-posicionamiento-S0210570519302080?referer=buscador>

15 MMWR Recomm Rep 1998; 47(RR-19):1-
39

16

http://www.cdc.gov/hepatitis/HCV/PDFs/HepCGeneralFactSheet_sp.pdf

17

<http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2017-ManejoHepatitisC-AEEHySEIMC.pdf>

18

http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-Manejo_Hepatitis_Virales.pdf

19

<https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-linkresolver-eliminacion-hepatitis-c-documento-posicionamiento-S0210570519302080>

20

<https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-guia-tratamiento-infeccion-por-virus-S0210570518302176>

²¹ <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-guia-tratamiento-infeccion-por-virus-S0210570518302176>

²² https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1171213001/FT_1171213001.html

²³ <https://covid19.nj.gov/es/faqs/coronavirus-information/about-the-virus/%C2%BFpor-qu%C3%A9-los-virus-sobreviven-fuera-del-cuerpo-humano#direct-link>

²⁴ <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/idu.html>

²⁵ Abdala N, Reyes R, Carney JM, Heimer R. Survival of HIV-1 in syringes: effects of temperature during storageexternal icon. *Subst Use Misuse* 2000;35(10):1369–83.

²⁶ <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia6b.pdf>

²⁷ Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro nacional de casos de sida,

actualización a 30 de junio de 2010, registros autonómicos de casos de sida centro nacional

http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS_Informe_semestral.pdf

28 <https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2023/03/Guia-profilaxis.pdf>

29

<https://hivinfo.nih.gov/home-page>

30 <http://i-base.info/new-who-guidelines-for-when-to-start-art-and-use-of-prep-september-2015/>

31

<https://gesida-seimc.org/category/guias-clinicas/>

32 <http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcycrc2012-Documentoconsenso-TAR-adulto-verordenador.pdf>, pg 170

33 <http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcycrc2012-Documentoconsenso-TAR-adulto-verordenador.pdf> pg109, 167

34 <http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcycrc2012-Documentoconsenso-TAR-adulto-verordenador.pdf>

35 <http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcycrc2012-Documentoconsenso-TAR-adulto-verordenador.pdf> Tabla 14

36 <http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcycrc2012-Documentoconsenso-TAR-adulto-verordenador.pdf> tabla 13

37 <http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcycrc2012-Documentoconsenso-TAR-adulto-verordenad>
<http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcycrc2012-Documentoconsenso-TAR-adulto-verordenador.pdf>for.pdf

38 <http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2017-TAR.pdf>

39 <http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcycrc201>

2-Documentoconsenso-TAR-adulto-verordenador.pdf

40 Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños

<http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2015/gesida-guiasclinicas-2015-Profilaxispostexposicion-VIH-VHC-VHB.pdf>

41

<http://www.gesidaseimc.com/documentos/pdf/Recomendaciones-TAR-GESIDA-PNS.pdf>

42 Almeda J, Casabona J, Allepuz A, García-Alcaide F, del Romero J, Tural C, Colm J, Bolao F, Campins M, Domínguez A, Force L, Giménez A, Guerra-Romero L; Grupo de Consenso Español sobre Profilaxis Postexposición No Ocupacional al VIH. Recomendaciones para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH Enferm Infecc Microbiol Clin. 2002; 20:391-400

43

<http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/Dcy>

[Rc/Gesida_dcyrc200801_profilaxispostexposicion.pdf](http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcyrc2012-Documentoconsenso-TAR-adulto-verordenador.pdf)

44 <http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcyrc2012-Documentoconsenso-TAR-adulto-verordenador.pdf>

45 http://www.gesida.seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/Gesida_dcyrc200801_profilaxispostexposicion.pdf

46 Orlich J, Mejía B, Zamora C, Roberto Solano, J. Comparación de métodos Serológicos para el diagnóstico de Sífilis: Una realidad Costarricense
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v23n11980/art4.pdf>

47 <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/sifilis2.pdf>

48 <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003512.htm>

49

<https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisiionestematicas/serologia/sifilis2.pdf>

50

<https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisiionestematicas/serologia/sifilis2.pdf>

51

http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciudadania/salut_az/v/vacunacions/

52

Comité vacunas de la Asociación Española de Pediatría. www.msssi.gob.es Ministerio de Sanidad Español

53

http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciudadania/salut_az/v/vacunacions/

54

http://146.219.26.6/depsan/units/sanitat/html/ca/vacunes/dir1_l17_doc_2521.html

55

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/69988/Prospecto_69988.html

56

<http://www.inmujer.gob.es/conoceDerechos/preguntas/salud.htm#cuandoPuede>

57

Álvarez D, Arribas L, Cabero L, Lete I, Ollé C, Lorenzo R. Guía de actuación en. Anticoncepción de Emergencia. Pulso Ediciones. Barcelona 2002

Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. 2002

58

Álvarez González JD. Intercepción postcoital: prevención primaria. Libro de comunicaciones del 5º congreso de la SEC. 2000.

59

Sociedad española de contracepción.
<http://www.sec.es/publicaciones/guiaanticon/manejo.html>

60

<http://www.centrojovent.org/postco.htm>

61

www.inmujer.gob.es/conoceDerechos/preguntas/salud.htm#cuandoPuede

62

http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciudadania/salut_az/i/interrupcio_voluntaria_de_lembaras

63

http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciudadania/la_salut_de_la_a_a_la_z/i/interrupcio_voluntaria_de_l_embaras/documents/arxiu/ivell_istatclin.pdf

64

http://www.penelopes.org/Espagnol/xarticle.php3?id_article=21 .

65

Ortega Dolz P. El tabú de regular la prostitución. El País, 18-1-04, pg. 31.

66

<http://www.nodo50.org/mujeresred/holanda-prostitucion.html>

67

http://www.geocities.com/rima_web/prostitucion_al_ermania.html

68

Ferrer I. El Hilo Rojo de Holanda. El País, 18-01-04, pg. 31.

69

Krauthausen C. Mucha ley y poca práctica. El País, 18-01-04, pg. 31.

⁷⁰ Amy Otchet ¿Debe legalizarse la prostitución?

http://www.unesco.org/courier/1998_12/sp/ethique/txt1.htm#e1

⁷¹

<http://www.mujereshoy.com/secciones/1655.shtml>

⁷² Briz C. Ni víctimas, ni esclavas: trabajadoras del sexo. Trabajadora 2002, número 4, junio: 10-12

<http://www.ccoo.es/pdfs/trabajadora4.pdf>

⁷³ <https://drugpolicy.org/issue/legal-regulation-safer-supply/>

⁷⁴ <https://www.cmaj.ca/content/192/49/E1731.long>

⁷⁵ <https://www.bccsu.ca/clinical-care-guidance/prescribed-safer-supply/>

⁷⁶ Vearrier D, Greenberg MI, Miller SN, Okaneku JT, Haggerty DA. Methamphetamine: History, pathophysiology, adverse health effects, current trends and hazards associated with the clandestine manufacture of methamphetamine. Dis Mon [Internet]. 2012 58(2):38-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2011.09.004>

⁷⁷ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [Internet]. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. Estadísticas 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

⁷⁸ EDADES 2017: Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España 1995-2017. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf

⁷⁹

<http://emergencias.portalsemes.org/download/consecuencias-cardiovasculares-del-consumo-norecreativo-de-shab-clorhidrato-de-metanfetamina-nueve-casos-de-miocardipata-dilatada/>

⁸⁰

<http://emergencias.portalsemes.org/download/deteccion-de-ketamina-en-pacientes-intoxicados-por-drogas-recreativas-perfil-epidemiologico-clinico-y-toxicologico/>

81

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/77642/FT_77642.html#7

82 https://www.youtube.com/watch?v=hv6_p2Kq-lQ&ab_channel=HarmReductionInternational

83 https://www.youtube.com/watch?v=lpp_hd9b-Zg

84

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/77642/FT_77642.html

85

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/75518/FT_75518.html

86

https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/68542/FT_68542.html.pdf

87

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/69988/Prospecto_69988.html

88

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/15544/P_15544.html

89 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36122919/>

⁹⁰ https://annalsdelsagratcor.org/docs/LOW_15.pdf

91

https://www.schulich.uwo.ca/rapport//2019/alumni/taking_it_to_the_streets.html

92

https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/1778/1778_ft.pdf

93

https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/p/50745/50745_p.pdf

94

https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/65724/65724_ft.pdf

95

https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/69710/69710_ft.pdf

96

<https://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/opiacis/>

⁹⁷ <https://interacciones.huesped.org.ar/>

⁹⁸ <https://www.hep-druginteractions.org/checker>

99

https://medicaments.gencat.cat/web/.content/minisite/medicaments/empreses/oficinesfarmacia/serveis-professionals/metadona/Annexos/annex_iii.pdf

100

[https://medicaments.gencat.cat/ca/empreses/oficines-de-farmacia/serveis-professionals/metadona/programa-de-manteniment-amb-metadona-a-oficines-de-farmacia/annexos-formularis-i-documents/index.html#googtrans\(ca|es\)](https://medicaments.gencat.cat/ca/empreses/oficines-de-farmacia/serveis-professionals/metadona/programa-de-manteniment-amb-metadona-a-oficines-de-farmacia/annexos-formularis-i-documents/index.html#googtrans(ca|es))

101

<https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-terapias-buprenorfina-el-tratamiento-dependencia-13053574>

102

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/06359003/FT_06359003.html

103

<https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-terapias-buprenorfina-el-tratamiento-dependencia-13053574>

104

https://www.aesed.com/upload/files/v46n1_lic.pdf

105

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/1181336004/P_1181336004.html

106

De Andrés, Miguel. Talleres de consumo de menos riesgo. En Manual de educación sanitaria. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas. Diciembre de 2000.

107

<https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-020-00412-0>

108

<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/costeffectiveness-of-injectable-opioid-treatment-v-oral-methadone-for-chronic-heroin-addiction/34754ADCA3714FC662AB0D10D9D56E19>

109

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5880371/>

110

<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/heroin-on-trial-systematic-review-and-metaanalysis-of-randomised-trials-of-diamorphineprescribing-as-treatment-for->

refractory-heroin-
addiction/A3C4F1D0F709099E47472B42507FF97
C

111

<http://www.easp.es/pepsa/inicio/el++ensayo.htm#Protocolo>

112

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/81210/Prospecto_81210.html

113

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1171238001/FT_1171238001.html

114

<https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/benzodiazepinas.pdf>

115

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/56026/Prospecto_56026.html

116

https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/63121/63121_ft.pdf

117

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/79769/P_79769.html

118

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/04279013/FT_04279013.html

119

<http://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?>

120 <http://www.uptodate.com/contents/schizophrenia-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?>

121

Cocaonline.

<http://www.cocaonline.org/info/index.php>

122

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18312093?ordinalpos=6&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum

123

Volkow Nora D. Cocaína, Abuso y Adicción. NIDA.

NIH 2001; 01-4324(S)

<http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Cocaina/Cocaina.html> (En español)

124

<http://www.druglibrary.org/schaffer/history/e1910/harrisonact.htm>

125

Warner EA. Cocaine Abuse. Annals of Internal Medicine. 1993; 119: 226-235.

126

Volkow Nora D. Cocaína, Abuso y Adicción. NIDA. NIH 2001; 01-4324(S)

127

Burillo-Putze G, Munne P, Duenas A, Pinillos MA, Naveiro JM, Cobo J, et al.. National multicentre study of acute intoxication in emergency departments of Spain. Eur J Emerg Med 2003;10:101-4.

128

Guillermo Burillo-Putze et al. Cocaína como posible factor emergente de riesgo cardiovascular. Rev Esp Card 2001; 54:658-9. http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pidet=13062930

129

Warner EA. Cocaine Abuse. Annals of Internal Medicine. 1993; 119: 226-235.

130

Cocaonline.
<http://www.cocaonline.org/info/index.php>

131 Weekes AJ, Lee DS. Substance Abuse: Cocaine. eMedicine Instant Access to the Minds of Medicine. 2005, October 26.

132
http://www.diariodecuyo.com.ar/home/new_noticia.php?noticia_id=67689

133 NIDA.
<http://www.drugabuse.gov/Infofacts/Cocaine-Sp.html>

134 Lange R, Hilis LD.. Cardiovascular complications of cocaine use. N Engl J Med 2001; 345: 351-358.

135 Elisabeth A. Warner. Cocaine Abuse (1993). Annals of Internal Medicine 119 (3): 226-235

136 Weekes AJ, Lee DS. Substance Abuse: Cocaine. eMedicine Instant Access to the Minds of Medicine. 2005, October 26.

137 Weekes AJ, Lee DS. Substance Abuse: Cocaine. eMedicine Instant Access to the Minds of Medicine. 2005, October 26

138 Volkow Nora D. Cocaína, Abuso y Adicción. NIDA. NIH 2001; 01-4324 (S)

139

[http://scholar.google.com/scholar?q=author:"Daras"%20intitle:"Neurologic%20complications%20of%20cocaine"%20&hl=es&lr=&oi=scholar](http://scholar.google.com/scholar?q=author:)

140

Satel SL, Gawin FH. Migraine like headache and cocaine use. JAMA. 1989;261:2995-6.

141

Dhuna A, Pascual-Leone A, Belgrade M. Cocaine-related vascular headaches. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1991;54:803-6

142

Pascual-Leone A, Dhuna A, Altafullah I, Anderson DC. Cocaine-induced seizures. Neurology. 1990;40:404-7.

143

Lichtenfeld PJ, Rubin DB, Feldman RS. Subarachnoid hemorrhage precipitated by cocaine snorting. Arch Neurol. 1984;41:223-4.

144

Green RM, Kelly KM, Gabrielsen T: Multiple intracerebral hemorrhages after cocaine. Stroke 1990 Jun; 21:957-62.

145

Spivey WH, Euerle B. Neurologic complications of cocaine abuse Ann Emerg Med. 1990;19: 1422-8.

146

Freire Castroseiros E, Penas Lado M, Castro Beiras A.. Cocaína y corazón. Rev Esp Cardiol 1998;51:396-401

http://www.revespcardiol.org/cgi-bin/wdbcgi.exe/cardio/mrevista_cardio.fulltext?pid=284

147 Lange RA, Hillis LD. Cardiovascular Complications of Cocaine Use. N Engl J Med 2001; 345: 351-358

148 Herzlich BC, Arsura EL, Pagala M, Grob D. Rhabdomyolysis related to cocaine abuse. Ann Intern Med. 1988; 109:335-6.

149 Welch RD, Todd K, Krause GS. Incidence of cocaine-associated rhabdomyolysis. Ann Emerg Med. 1991;20: 154-7.

150 Shahrooz Bermanian S, Mazda Motallebi M and Saeid M Nosrat SM. Cocaine-induced renal infarction: report of a case and review of the literature. BMC Nephrol. 2005; 6: 10.

<http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?artid=1253515>

151 Delás, J, Priore AG, Pigem A, Aguas M. Síndrome posconsumo de cocaína inyectada a partir de las observaciones en una sala de consumo supervisada Med Clin (Barc) 2008;130:35.

152 Spivey WH, Euerle B. Neurologic complications of cocaine abuse Ann Emerg Med 1990;19:1422-1428.

153

<http://www.mnpoison.org/index.asp?pageID=272>

154

Lange RA, Hillis LD. Cardiovascular Complications of Cocaine Use. N Engl J Med 2001; 345: 351-358

155

NIDA.
<http://www.drugabuse.gov/Infofacts/Cocaine-Sp.html>

156

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000100007

157

<http://emergencias.portalsemes.org/descargar/deteccion-de-ketamina-en-pacientes-intoxicados-por-drogas-recreativas-perfil-epidemiologico-clinico-y-toxicologico/>

158

Gamella, JF. Las rutinas del yonqui: un modelo cognitivo de la vida diaria de los heroinómanos españoles. 1ª Jornada Nacional sobre Programas de Intercambio de Jeringuillas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid, 1997.

159

O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E. La Reducción de los daños

relacionados con las drogas. Grup Igia: Barcelona, 1995

¹⁶⁰ European Centre for the epidemiological monitoring of Aids. HIV reporting: first results. HIV/AIDS Surveillance in Europe, 1999; 61: 31-38

¹⁶¹ Energy Control
<http://energycontrol.org/analisis-de-sustancias/servicio-analisis.html>

¹⁶² Centre d'Estudis Epidemiologics de la SIDA a Catalunya. Programas Exchange Seringues Europa Sud (PESESUD-1) CEESCAT: Barcelona, 1998.

¹⁶³ Centre d'Estudis Epidemiologics de la SIDA a Catalunya Implementación de los programas de intercambio de jeringas en el sur de Europa. PESESUD-2. CEESCAT: Barcelona, 2000.

¹⁶⁴ Hartney E. Before You Inject Drugs Unsafely About.com.Addiction.
<http://addictions.about.com/od/safeinjecting/bb/safeinjection.htm>

¹⁶⁵ Hedrich D. Consumption rooms
http://www.akzept.org/pdf/volltexte_pdf/nr8/consumption_rooms_report.pdf

¹⁶⁶ Hedrich D. European report on drug consumption rooms, pg 56. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; Luxemburg, 2004

¹⁶⁷ <http://www.drogomedia.com/d62.htm>

¹⁶⁸ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33076931/>

¹⁶⁹ Sporer Ka. Acute Heroin Overdose. Ann Intern Med 1999; 130: 584-590

<http://www.annals.org/cgi/content/full/130/7/584>

¹⁷⁰ White JM, Irvine RJ. Mechanisms of fatal opioid overdose. Addiction 1999; 94: 961-972

¹⁷¹ Sporer Ka. Acute Heroin Overdose. Ann Intern Med 1999; 130: 584-590

¹⁷² <http://www.madrid.org/sercam/desfibri/index1.html>

¹⁷³ http://www.saludalia.com/saludaliaNuevo/interior/urgencias/doc/rcp/doc/soporte_vital.htm

¹⁷⁴ S Burris, J Norland, BR Edlin Legal aspects of providing nal

¹⁷⁵ OCNE: Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaría General de la Policía Judicial de España, <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/PreccioPureza.pdf>, consultado 7 de agosto de 2011.

¹⁷⁶ Iannello GD, Delás J, Aguas M, Bacovich I, Serra L, Díaz O. La bolsa de las drogas. [Gac Sanit.](#) 2012 26:288.

¹⁷⁷ Ventura M, Caudevilla F, Vidal C, Grupo Investigadores SELECTO. Cocaína adulterada con levamisol: posibles implicaciones clínicas. *Med Clin.* 2011; 136:365-8.

¹⁷⁸ https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-documents/recursossocials_0.pdf

¹⁷⁹ <https://administracion.gob.es/pagFront/tramites/fichaTramite.htm?idTramiteSeleccionado=3485&idMateria=21&idBoletin=21>

¹⁸⁰ <http://www.gesida-seimc.org/pcientifica/fuentes/DcyRc/gesidadcycrc201>

[2-Documentoconsenso-TAR-adulto-verordenador.pdf](#), pg 99

181 <http://www.vademecum.es/principios-activos-atazanavir-j05ae08>

182 Hippies y marihuana. Cáñamo, 20-5-2024.
<https://canamo.net/cultivo/profesor-canamo/hippies-y-marihuana>

183 http://www.saludalia.com/saludaliaNuevo/interior/urgencias/doc/rcp/doc/soporte_vital.htm

184 https://web.gencat.cat/es/tramits/tramits-temes/8144_-_Targeta_sanitaria_individual_TSI?moda=1

185 <http://qxmd.com/calculate-online/nephrology/ckd-epi-egfr>

186 <http://qxmd.com/calculate-online/nephrology/ckd-epi-egfr>

187 <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28/la-cohorte-red-espa%C3%B1ola-investigacion-sida-su-90034818-originales-2011>

188

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2334-13-2.pdf>

189

<http://qxmd.com/calculate-online/nephrology/ckd-epi-egfr>

190

https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2018/02/2018.01.23_MANUAL-XPRT.pdf

191

http://www.saludalia.com/saludaliaNuevo/interior/urgencias/doc/rcp/doc/soporte_vital.htm

192

<http://qxmd.com/calculate-online/nephrology/ckd-epi-egfr>

193

http://hepato.com/p_biopsia/014_biopsia_esp.php

194

<https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-guia-tratamiento-infeccion-por-virus-S0210570518302176>

195

<http://www.vademecum.es/principios-activos-rilpivirina-j05ag05>

¹⁹⁶ Allen JH, de Moore GM, Heddle R, Twartz JC. Cannabinoid hyperemesis: cyclical hyperemesis in association with chronic cannabis abuse. Gut. 2004 Nov;53(11):1566-70. doi: 10.1136/gut.2003.036350. PMID: 15479672; PMCID: PMC1774264.