

11241
2 ej 40

(NUEVETES.00C D-36B)
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

ABUSO DE NALBUFINA INFORMACION DE 8 CASOS DE PACIENTES
INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL PRIVADO

México

Tesina presentada por:
DRA. SANDRA YADEUM ANGULO
Para obtener el título de Psiquiatra 1989

Asesor:
DR. CARLOS CAMPILLO SERRANO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Vo. Bo.
Alm. 14-II-89

[Handwritten signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ABUSO DE NALORFINA INFORMACION DE OCHO CASOS

El problema de la adicción a los opiáceos estimuló la búsqueda de analgésicos potentes que estuvieran libres de potencial adictivo, en el presente se intenta estudiar a la Nalbufina intentando observar que tan libre se encuentra de desarrollar adicción.

INTRODUCCION:

Los esfuerzos tempranos en tratar de encontrar soluciones farmacológicas racionales para el problema de la adicción al opio y a la heroína llevaron al desarrollo de una estrategia: producir analgésicos no aditivos y no tóxicos. Los esfuerzos farmacológicos a desarrollar nuevos analgésicos partieron de aquí y fueron sorprendentemente enfocados a tratar de desarrollar drogas que pudieran reemplazar a la morfina en la clínica, las cuales deberían estar desprovistas de propiedades aditivas y tóxicas, esta estrategia inicial podría permitir la proscripción de la morfina dejando adecuadas alternativas para pacientes en terapia.

Descubrimientos fueron hechos (en 1951), los cuales demostraron que nalorfiná (narcótico antagonista potente) produce clínicamente un grado significativo de analgesia, pero no pudo substituir a la morfina. Produce abstinencia en sujetos dependientes de opioides y produce efectos subjetivos que son cualitativamente negativos o disforicos. Nalorfiná produce estas cualidades desagradables y sólo mediana depresión respiratoria, así como efectos simpaticomiméticos (ansiedad, pesadillas, ideas extrañas y alucinaciones) los pacientes la aceptaron y podría ser bien tolerada pero no fue introducida en la clínica ya que se consideró que no era clínicamente útil como analgésico, el descubrimiento de sus efectos analgésicos estimuló investigaciones que condujeron al desarrollo de drogas nuevas (las cuales deberían ser potentes y no desarrollar dependencia), como el antagonista relativamente puro, naloxona y compuestos con acciones mixtas: los agonistas antagonistas, de estos muchos han encontrado su uso dentro de la clínica:

Pentazocina, Propiram, Butarfanol, Nalbufina y Buprenorfina, aunque la farmacología de estos no ha sido completamente estudiada, muchos hechos concernientes a estos son de importancia:

1) En la base de datos epidemiológicos parecen ser más seguros que drogas como la morfina por lo menos en severidad, esto es probablemente como consecuencia de su limitada habilidad en causar depresión respiratoria.

2) Producen un diferente tipo de dependencia física, diferente al producido por morfina, parece ser más leve, da lugar a menos necesidad de la droga.

3) Producen un menor grado de euforia y tienen la habilidad de producir algún grado de disforia en niveles de dosis elevadas más que en niveles del fármaco necesarios para producir analgesia.

4) Algunos de estos agentes precipitan la abstinencia en pacientes morfino-dependientes.

La Nalbufina, la cual nació de la observación de que nalorfina (antagonista), también poseía actividad analgésica potente en el hombre y no producía dependencia, estos hallazgos sugirieron que se podría desarrollar un analgésico potente sin desarrollar dependencia. Debido a estudios de componentes que tienen actividades antagonistas y que dan efectos simpaticomiméticos y analgésicos y que estos podrían ser desarrollados. La nalbufina fue seleccionada de un grupo de antagonistas basándose en su razón favorable de efectos analgésicos y simpaticomiméticos. Debido a que Nalbufina es un narcótico antagonista débil en comparación a Nalorfina se postuló que no produciría dependencia física.

La Nalbufina emparentada estructuralmente con la naloxona y la oximorfona, es un opioide agonista-antagonista sintético de la serie de los fenantrenos, con un espectro de efectos cualitativamente semejante a los de nalorfina y pentazoecina, siendo un antagonista más potente en los receptores μ , siendo menos probable que desarrollase efectos colaterales disfóricos que la pentazoecina.

Estudios primarios de dependencia demostraron que la dependencia psicológica era posible a niveles de dosis altas, produciendo marcados efectos colaterales. Otros estudios demostraron que la dependencia no era significativa dentro del rango usual de dosis analgésicas de Nalbufina.

Estudios de 6 meses en pacientes con dolor crónico demostraron que la tolerancia analgésica o de dependencia psíquica fue poco común.

Basándose en estos resultados y como parte de un esfuerzo deliberado para desarrollar un analgésico eficaz con un potencial de abuso escaso o nulo, El clorhidrato de Nalbufina fue introducido por la industria farmacológica en Junio de 1979, (manufacturado por Du Pont, introducido con el nombre de Nubain). Como analgésico potente con bajos efectos colaterales, en forma de solución inyectable (10 mgs X ml.), para uso intramuscular, subcutáneo o intravenoso, usada en Estados Unidos, México, Canadá, Inglaterra, Filipinas, Hong Kong, Malasia, Singapore, Sudáfrica, Nueva Zelanda, Guatemala, El Salvador, Honduras, Panamá, República Dominicana, Ecuador, Nicaragua y Costa Rica.

No siendo clasificada como narcótico en ninguna ciudad. Desde que se autorizó su comercialización en 1979 se han publicado pocos casos de abuso de nalbufina y la droga no figura en ninguna categoría de la Ley Federal de Sustancias controladas.

ANTECEDENTES:

En 1972, Jasinski y Mansky realizaron una evaluación de abuso potencial de Nalbufina, estudiando sujetos post-adictos a opiáceos, concluyendo:

a) Que en sujetos dependientes de 60 mgs. de morfina al día, nalbufina actúa como antagonista, precipitando síndrome de abstinencia, indistinguible del producido por nalorfina, por lo tanto nalbufina es aproximadamente un cuarto tan potente como nalorfina como antagonista.

b) No tiene actividad agonista suficiente como la morfina para sustituirla y suprimir abstinencia tal como nalorfina y pentazocine.

c) Efectos agonistas como los de nalorfina y morfina fueron demostrados con nalbufina, por lo tanto dependencia física quedó establecida.

d) Supresión brusca de nalbufina produjo Síndrome de abstinencia.

El abuso potencial de nalbufina, puede parecerse al de pentazocina y un poco menos intenso al producido por codeína.

Woods J.H. Gherek D. Realizando estudios de sustitución y dependencia primaria en animales, comparando los analgésicos agonistas-antagonistas (nalbufina) con agonistas prototipos Mu y Kappa de morfina en macacos, y estudiando efectos conductuales en administración aguda, concluyeron: Que Nalbufina tiene las características de agonista Mu en discriminación autoadministración en los estudios de adicción primaria, sin embargo no substituye a morfina en monos morfina dependientes mas bien precipita la supresión a morfina, por lo tanto Nalbufina es un típico agonista antagonista en los monos.

Nalbufina produce nivel de dependencia menor al producido por morfina o pentazocina pero en ratas post-adictas a morfina.

Balster R. y Lukas S. Refieren que las drogas de las que abusa el hombre son típicamente autoadministradas por laboratorios animales; Esto ha llevado al uso de procedimientos de auto-administración como evaluación pre-clínica para valorar el abuso potencial. Esta relación entre abuso potencial y conducta de autoadministración ha quedado bien establecida particularmente para los analgésicos opiodes.

Los agonistas antagonistas (nalbufina) son autoadministrados en animales en laboratorio en diferentes condiciones experimentales, en este respecto parecen actuar como puros opiodes agonistas (morfina) la cual es autoadministrada y es de abuso para el hombre). A su vez poseen propiedades que sugieren pueden potenciar su uso recreacional.

Con lo mencionado anteriormente se sabe que nalbufina produce un tipo de dependencia física menor al observado por los opiodes puros, pero es esta dependencia tan benigna como se ha planteado en la literatura.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer la prevalencia de los factores de alto riesgo encontrados en la población con abuso de Nalbufina.

Tesis Dra. Sandra Yadeus A.

2.- Intentar establecer patrón de consumo en sujetos mencionados anteriormente.

3.- Definir la existencia de síndrome de supresión y tolerancia a Nalbufina en estos pacientes.

PROGRAMA DE TRABAJO

1.- Se revisaran los expedientes de aquellos pacientes que ingresaron por "abuso" de nalbufina.

2.- Obtención de datos elaborándose viñetas clínicas.

3.- Elaboración de tablas.

4.- Experiencia Clínica.

5.- Conclusiones.

Tabla 1.

Paciente	Edad	Sexo	Forma de inicio	Efecto buscado	Via de Admon.	Forma de Obtención	Síndrome de supresión
Paciente 1	73a.	Mas.	Prescripción médica	Analgesia Ansiolisis Placer	Intramuscular	Amigo farmacéutico	Severo
Paciente 2	71a.	Mas.	Prescripción médica	Analgesia Ansiolisis Placer	Intramuscular	Amigo médico	Severo
Paciente 3	69a.	Mas.	Prescripción médica	Analgesia	Subcutánea	Amigo médico	Negado
Paciente 4	46a.	Mas.	Consejo primo médico	Disminuir síntomas y signos de supresión alcohol	Intramuscular	Primo médico	Severo
Paciente 5	32a	Fem.	Prescripción médica	Analgesia Ansiolisis Placer	Intramuscular Subcutánea	Falsificando robando recetas	Severo
Paciente 6	42a	Mas.	Prescripción médica	Analgesia Ansiolisis Placer	Subcutánea	Primo Médico Robo	Severo
Paciente 7	40a	Mas.	Prescripción médica	Analgesia	Intramuscular	Médico Tratante	Leve
Paciente 8	53a.	Mas.	Prescripción médica	Analgesia Ansiolisis Placer	Intramuscular	Médico Amigo	Leve

Tabla 2

	Forma de uso Nalbufina	Uso de Sustancias	Internamiento por Supresión Nalbufina
Pte. 1	1980 3 amp./día (12 meses) 1986 6 amp./día (12 meses) 1987 8 amp./día (12 meses) 1988 8 amp./día. (8)	Alcohol Pentazocina Codeína	3 ingresos
Pte. 2	1984 1 amp./día (6 meses) 2 amp./día (6 meses) 1985 3-4 amp./día (24 meses) 1988 4-5 amp./día (3 meses)	Cocaína Alcohol Benzodiazepinas Pentazocina Tabaco	4 ingresos
Pte. 3	1982 1 amp./día (12 meses) 1983 3 amp./día (24 meses) 1985 5-6 amp./día (8)	Alcohol Tabaco	No
Pte. 4	1986 1/2 amp./día (12 meses) 1987 1-2 amp./día (6 meses) 1988.2-3.amp./día. (8)	Alcohol Tabaco	1 ingreso
Pte. 5	1986 1-2 amp./semana (12 meses) 1987 + de 10 amp./día (3 meses)	Tabaco Marihuana LSD Hongos Cocaína	1 ingreso
Pte 6	1982 1 amp./día (12 meses) 1985 3 amp./día (12 meses) 1988 4 de 10 amp./día (8)	Codeína Tabaco Antimigráficos Analgésicos Piraxolonas	3 ingresos
Pte.7	1986 3-4 amp./día (24 meses)	Alcohol	No
Pte.8	1987 1 amp./día (4 meses) 2 amp./día (5 meses) 3 amp./día (2 meses)(8)	Tabaco Alcohol	1 ingreso

NOTA (8) Al momento de ingreso.

Paciente 1

Masculino de 73 años originario y residente de Guanajuato, escolaridad 1o. de primaria, actualmente administra un hotel de su propiedad, casado, católico.

Antecedentes Personales Patológicos:

Fractura de Miembro Superior Izquierdo, a los 18 años de edad consolidada, sin complicaciones.

Dolor en miembros inferiores de causa desconocida de 20 años de evolución.

Siendo estudiado exhaustivamente, sin encontrar origen, recibiendo diversos Diagnósticos y Tratamientos, sin lograr desaparición de dicho dolor.

Hipertensión Arterial Sistémica Diagnosticada en 1977

Diabetes Mellitus tipo II Diagnosticada en 1985, sin control médico.

Uso de sustancias:

1) Alcoholismo ocasional.

2) Pentazocina (utilizándola para calmar dolor de miembros inferiores) hace 20 años llegando a autoaplicarse 3 a 4 ampulas diariamente presentando síndrome de supresión ameritando internamiento en clínica privada (se desconoce manejo establecido), continuando con su uso por espacio de tres años más.

3) Codeína 3 a 4 tabs. por espacio de 6 meses.

4) Nalbufina la inicia en 1980 utilizando una ampolleta I.M. cada 8 horas, diariamente, por espacio de un año, aumentando paulatinamente llegando a autoaplicarse en 1986 una ampula cada 4 hrs. durante el día ameritando:

1er. internamiento en 1986 por abuso de nalbufina.

2do. internamiento en 1987 por abuso de nalbufina autoaplicándose una ampollita, cada 3 horas.

3er internamiento en 1988 por abuso de nalbufina autoaplicándose una ampollita, cada 3 horas.

Via de administración: Intramuscular.

Forma de obtenerla: En la farmacia de unos amigos sin necesitar receta.

Efecto buscado: Disminución del dolor y la ansiedad así como efecto placentero.

Síndrome de supresión: Si, presente en los tres internamientos, caracterizado por dolores abdominales, náuseas, escalofríos y parestesias.

Paciente 2

Masculino 71 años, originario de Puebla, Pue. radica desde hace 40 años en Acapulco, escolaridad primaria, dedicado al comercio (dueño de un restaurant), casado, ateo.

Antecedentes Personales Patológicos:

1940 Apendicectomía.

1940 Diastasis de rectos abdominales postoperatorios.

1967 Debridación de absceso rectal y Hemorroidectomía.

1973 Vagotomía troncular, Plastia histioesofágica, Gastroentero-anastomosis y gastrostomía.

1984 Úlcera duodenal.

1986 Colectectomía y Funduplicación de Niessen.

1987 Hernioplastia postincisional.

1987 Crisis hipertensiva.

Uso de sustancias:

1) Cocaína, iniciando en 1954 su uso utilizando aproximadamente un gramo en forma esporádica, actualmente consume un gramo diario.

2) Alcohol, iniciando su uso en 1977 se desconoce patrón de consumo, se niegan datos de supresión o tolerancia, actualmente ingiere 6 a 7 copas de whisky diarias.

3) Tabaco se desconoce fecha de inicio (aproximadamente a los 17 años), actualmente 40 cigarrillos diariamente.

4) Benzodiazepinas se desconoce fecha de inicio, actualmente se autoreceta Lorazepam (ativán) y Nitrazepam (mogadón).

5) Pentazocina, en 1973 posterior a vagotomía, continúa con malestar abdominal, por lo que le administraban pentazocina, autoaplicándose posteriormente utilizando 2 a 5 ampullas diariamente.

6) Nalbufina: En 1984 posterior a cirugía con la finalidad de calmar molestias abdominales inicia a autoadministrarse nalbufina aplicándose una ampulla diariamente aumentando pausadamente, utilizando una ampulla cada 12 hrs, aumentándola en el transcurso de un año, 3 a 4 ampullas actualmente se autoaplica 4 a 5 ampullas diarias.

Efecto obtenido: sensación placentera, tranquilidad y disminución del dolor.

Manera de obtenerla: La prescribe un amigo Doctor.

Via de administración: Intramuscular.

Síndrome de Supresión: Sí, caracterizado por ansiedad generalizada, temblor, parestesias, dolor abdominal y alteraciones en el sueño.

1er ingreso en esta sala en 1973 por utilización de pentazocine, presentando síntomas de supresión.

2o. ingreso en 1985 por utilización de nalbufina 3 a 4 ampulas diarias, presentando síndrome de supresión.

3er. ingreso en 1986 por utilización de nalbufina (3 a 4 amps. diarias).

4o. ingreso en 1988 por utilización de nalbufina (4 a 5 amps. diarias) acudiendo voluntariamente para que se le ayude a controlar la autoaplicación de nalbufina.

Paciente 3

Masculino 69 años originario y residente México D.F. escolaridad 1o. de preparatoria, anteriormente dedicado al comercio, retirado actualmente, casado, católico.

Antecedentes Heredo Familiares:

Padre con Síndrome de dependencia al alcohol.

Antecedentes Personales Patológicos:

1950 Insuficiencia arterial de miembro inferior izquierdo.

1981 Insuficiencia Arterial de Miembros Inferiores.

1982 Se le realiza puente femoral popliteo, obstruyéndose por lo que se le realiza Amputación supracondilea de pierna izquierda.

1982 inicia con dolor en miembro fantasma.

1985 Intento suicida con arma blanca produciéndose herida en región inguinal bilateral.

1985 Shock hipovolémico.

1985 Cirugía reconstructiva en región inguinal bilateral.

Uso de Sustancias

1) tabaquismo 60 cigarros diarios

2) Alcohol 1 a 2 copas diarias.

3) Nalbufina en 1982 una ampula subcutánea, cada 24 hrs. para disminuir dolor de miembros inferiores, al año se autoaplica una ampula subcutánea cada 8 horas, permaneciendo con este patrón por espacio de 2 años, en 1985 una ampula cada 4 a 5 horas (5 a 6 ampulas diarias).

Via de administración: Subcutánea.

Forma de obtenerla: A través de un amigo de la familia (Médico Cirujano), quien le proporcionaba las recetas.

Efecto buscado: Disminución de la intensidad del dolor.

Se niega existencia de síndrome de supresión, así como también se niega efecto placentero.

Paciente 4

Masculino de 46 años, originario y residente de México, D.F., escolaridad preparatoria, desocupado anteriormente empleado federal, divorciado, religión judío.

Antecedentes Personales Patológicos:

Infarto Agudo del Miocardio Diagnosticado en 1977.

Cardiopatía isquémica subendocárdica Diagnosticada posterior a Infarto Agudo del Miocardio.

Insuficiencia Prerrenal Dx. en 1987.

Angor pectoris Dx. en 1987.

Neumonía Lobar Diagnosticada. en 1988.

Uso de sustancias:

1) Tabaquismo de mas de 30 años de evolución 40 a 50 cigarrros diarios.

2) Alcohol, presentando abuso desde 1986, reportándose síndrome de supresión, negándose la existencia de tolerancia, desconociéndose patrón de consumo, se refieren conflictos familiares y sociales, abandono laboral, así como disminución en la ingesta calórica y desaliño personal.

3) Nalbufina, para calmar síntomas de supresión a alcohol, inicia en 1986 con el uso de Nubain (por consejo de un primo doctor), iniciando su uso con 2 miligramos diarios, misma que aplica al suspender ingesta de alcohol, aumentando en dos años a 2 miligramos cada 4 horas por reaparición de sintomatología ansiosa y actualmente 4 miligramos cada 4 horas.

Ameritando primer internamiento en esta sala en 1988 por sintomatología de supresión importante secundaria a la supresión de alcohol y nalbufina.

Vía de administración: Intramuscular.

Síndrome de supresión: S1, caracterizado por náuseas, dolores abdominales, parestesias, lagrimeo, rinorrea y escalofríos.

Manera de obtenerla: Le proporcionaba las recetas un primo Doctor.

Efecto buscado: Disminuir signos y síntomas de supresión al alcohol.

Efecto obtenido: Desaparición de sintomatología de supresión al alcohol.

Paciente 5

Masc. de 32 años, originario y residente de México, D.F., Licenciado en administración de empresas, desempleado, ocupación previa: Gerente de una revista, soltero, católico.

Antecedentes Personales Patológicos:

1979 Hepatitis (desconociéndose el tipo)

1981 Pancreatitis aguda.

1981 Hepatitis alcohólica con secuelas de pseudoquistes Pancreáticos.

1981 Sepsis abdominal y Diabetes Mellitus secundaria a pancreatitis.

1981 Drenaje quirúrgico de absceso pancreático, fistula de colon descendente.

1981 S.I.R.P.A. con traqueostomía, falla ventricular izquierda, sepsis pulmonar.

1986 Hepatitis, Colecistoyeyuno anastomosis por Ictericia obstructiva.

1987 Fistula de intestino delgado.

Uso de sustancias:

1) Tabaco desde los 13 años de edad, fumando de 20 a 30 cigarros diariamente.

2) Marihuana iniciando a los 15 años fumando un cigarro diariamente.

3) LSD ocasional (aproximadamente 4 ocasiones).

4) Hongos los utilizó en 6 ocasiones aproximadamente.

5) Cocaína ocasional, sin poder especificarse más.

6) Nalbufina iniciando en 1986 una ampolla, una a dos veces por semana para calmar dolor posteriormente en 1987 llegando a autoaplicarse más de 10 ampollas al día (se desconoce número exacto) por día, presentando síndrome de supresión al suspenderse caracterizado por dolores abdominales, náuseas, frío, parestesias, calambres musculares, ansiedad generalizada, labilidad emocional así como conducta de buscar la droga.

Vía de administración: Subcutánea e intramuscular.

Manera de obtenerla: Falsificando y robando recetas.

Efecto obtenido: Sensación placentera, disminución de la ansiedad y del dolor abdominal.

Paciente 6

Fem. 42 años, originaria y residente de México D.F., escolaridad preparatoria, ocupación actual ninguna, divorciada, católica.

Antecedentes Heredo Familiares:

Madre con Trastorno de Personalidad no especificado y Abuso de diversas sustancias, en tratamiento por Psiquiatría.

Antecedentes Personales Patológicos:

1967 se Diagnosticó Migraña.

1970 Inicia con dolores abdominales, siendo estudiada exhaustivamente en diversos hospitales y por diferentes especialistas sin encontrar causa específica, recibiendo diversos tratamientos sin remitir por completo dicho dolor.

Uso de sustancias:

1) Tabaco, se desconoce fecha de inicio, positivo consume 30 a 40 cigarros diariamente.

2) Analgésicos (del tipo de pirazolonas, dextropropoxifeno y codeína) así como, Antimigrañosos desconociéndose la forma de uso, se sabe que se los autoadministraba sin supervisión médica.

3) Nalbufina, iniciando en 1982 para disminuir dolor abdominal, utilizando una ampula cada 24 hrs. subcutánea ameritando primer internamiento por presentar síndrome de supresión (náuseas y ansiedad únicamente).

Ameritando segundo internamiento en 1985 época en que se autoaplicaba 3 ampolletas en 24 hrs. presentando síndrome de supresión caracterizado por náuseas, escalofríos y parestesias. Suspendiendo su uso aparentemente hasta Septiembre de 88 en que posterior a gran conflicto familiar reinicia la autoaplicación, utilizando más de 10 ampolletas durante el día por espacio de dos meses ameritando internamiento por tercera ocasión presentando síndrome de supresión caracterizado por náuseas llegando al vómito (hasta 7 ocasiones en 24 hrs.) dolor abdominal, frío intenso, escalofríos, parestesias, calambres musculares, y ansiedad generalizada.

Vía de administración: Subcutánea.

Manera de obtenerla: las recetas se las proporcionaba un primo doctor y ocasionalmente imprimía recetarios (robo).

Efecto buscado: Disminución del dolor, ansiedad y efecto placentero.

Paciente 7

Masculino de 40 años, originario de la India, reside actualmente en Noruega, Doctor en Economía y en Ciencias Políticas, Diplomático, casado.

Antecedentes Personales Patológicos:

1970 Se le diagnostica Varicocele tratado quirúrgicamente.

1982 Inicia con dolores abdominales sometiéndose a estudio para descartar una Pancreatitis crónica, misma que nunca fue excluida.

1982 Ileo-yeyuno anastomosis.

Uso de Sustancias:

1) Alcohol desde 1964 ingiriendo cantidades importantes en ocasiones sin llegar a desarrollar supresión o tolerancia.

2) Nalbufina por prescripción médica autoaplicándose 3 a 4 diarias por espacio de 2 años.

Vía de administración: Intramuscular.

Forma de obtenerla: Por prescripción médica.

Síndrome de supresión: Sí, caracterizado por náuseas, dolores abdominales y parestesias.

Efecto buscado: Únicamente disminución del dolor.

Paciente 8

Mas. 53 años, originario y residente de México, escolaridad secundaria, dedicado al comercio hasta hace un año, ocupación actual ninguna, divorciado, católico.

RECEIVED
FEB 10 1987
HISTORICAL ARCHIVES
UNIVERSITY OF CALIFORNIA

Antecedentes Heredo Familiares:

Hermano con Síndrome de Supresión al Alcohol, finado.

Antecedentes Personales Patológicos:

Crisis Parciales de Sintomatología Compleja diagnosticadas a los 14 años de edad controladas con Difenhidantoina 300 mgs. 1X3.

Cirugía en región Dorsolumbar con implantación de varillas en marzo de 1987, iniciando con dolor en región dorsolumbar.

Uso de sustancias:

1) Tabaco, positivo desde los 17 años de edad, 3 a 4 cajetillas diarias.

2) Alcohol 1 a 2 copas diarias.

3) Nalbufina inicia en 1987, con 1 miligramo cada 3 a 4 horas, para calmar dolor dorsolumbar, por espacio de 4 meses, posteriormente aumenta a 5 miligramos cada 6 horas, por 5 meses, al momento de ingreso una ampula (10 miligramos) cada 4 a 5 horas.

Vía de administración: Intramuscular.

Forma de obtenerla: La prescribe un amigo doctor.

Efecto buscado: Disminución del dolor y de la ansiedad.

Síndrome de supresión: Sí, caracterizado por dolores abdominales, escalofríos y parestesias.

Experiencia clínica.

En la mayoría de los casos reportados de dependencia a nalbufina, los pacientes, habían recibido inyecciones de esta droga inicialmente para tratamiento al dolor, y se permitió autoadministrársela por razón necesaria, con poca o nula supervisión del médico. Algunos pacientes, aumentaron la dosis y frecuencia de la administración, probablemente por el desarrollo de tolerancia a efectos subjetivos. La adquisición de nalbufina, generalmente se obtenía por prescripción médica (la mayoría por amigos o familiares médicos), rellenando las recetas y algunas se obtuvieron mediante el robo.

Aunque la relación de tolerancia y dependencia no esta completamente entendida las drogas que producen dependencia frecuentemente presentan tolerancia. La tolerancia a nalbufina puede ser principalmente psíquicas y puede ser limitada por efectos no placenteros que experimentan algunos sujetos con dosis mayores, y dependen en forma importante en la frecuencia y la cantidad administrada.

El efecto euforizante es otra propiedad considerada de importancia en el abuso de la droga.

El rol de efectos euforizantes es difícil de determinar por la información obtenida.- De todas maneras el alivio del dolor, ansiedad y/o síntomas relacionados o para efectos euforizantes parecen ser las razones principales para la administración continua de la droga.

Concerniente al abuso de la droga no médica, no parece ser un problema serio hasta este momento.

El síndrome de supresión reportado por pacientes, dependientes después de que la nalbufina, fue descontinuada incluyeron dolor abdominal, náusea, vómito, nerviosismo, inquietud, ansiedad generalizada, mareo, calambres musculares, parestesias, lagrimeo, fiebre o escalofrío. Requiriendo tratamiento medicamentoso. De todas maneras el síndrome de abstinencia no es típico de la abstinencia a los opiáceos.

Aun mas la abstinencia de nalbufina, ha sido un problema difícil para algunos pacientes, quienes experimentaron nulos o pocos efectos.

La mayoría de los pacientes, reportados como dependientes a la nalbufina, aparentemente caen dentro del grupo de propensión a la dependencia. Ellos previamente han sido dependientes a diversas sustancias (narcóticos entre otras) o se ha reportado que han hecho mal uso de otras drogas, si la nalbufina, es usada por tales pacientes el problema de posible dependencia deberá ser advertido por el médico y deberá ser vigilado cuidadosamente.

Discusión

La nalbufina es una droga de abuso, se observa un síndrome de mediana supresión, encontramos que en la mayoría de los pacientes pareciera que existe cierta labilidad para abusar de otras sustancias, en todos los casos informados observamos que el inicio fue por prescripción médica.

Es interesante notar que en la mayoría de los casos (a excepción de uno), recibieron inicialmente la droga bien justificada, estos pacientes continuaron las inyecciones de nalbufina para aliviar dolor, ansiedad o síntomas relacionados o para efectos euforizantes.

Debido a que el efecto euforizante puede llevar a la conducta de buscar la droga, que a su vez, es un factor importante en el potencial de abuso no médico.

El médico debe estar atento y conciente a estos síntomas que pueden presentarse, se reconoce que individuos se pueden volver dependientes a una gran variedad de sustancias químicas que producen efectos en el Sistema Nervioso Central que van desde la estimulación a la depresión. El efecto común de estas sustancias, o drogas es su potencial para inducir dependencia en ciertos individuos, incluidas entre estas drogas con poca dependencia están nalbufina, pentazocine, propoxifeno y dextrometorfam. aparentemente algunos son más propensos que otros al abuso o sobreuso aun de estas sustancias bajo ciertas condiciones pueden desarrollar dependencia.

Las recetas deberán ser limitadas y deberán tomarse precauciones, previniendo el aumento de la dosis y frecuencia de las inyecciones, precauciones similares deberán observarse para todos los pacientes, cuando se prescribe la droga para uso prolongado especialmente si va a ser autoadministrada.

BIBLIOGRAFIA

1.- BAILEY y colaboradores: Comparación de Naloxona y Nalbufina como antagonistas de opiodes induciendo depresión respiratoria. *Anesth Anal* 66:1109-14, 1987.

2.- BALSTER, R. y S. LUKAS: Revisión de auto-administración, *Drug and Alcohol Dependence* 14:249-261, 1985.

3.- BEAVER, W. y G. FEISE: Efecto Analgésico I.M. y oral de Nalbufina en dolor post-operatorio, *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. Vol 29: 2, Febrero 1981.

4.- COSMO, A. DIFAZIO., y JEFFREY MAGRUDER: Potencia Anestésica de Nalbufina y su Interacción con Morfina en ratas. *Anesth. Analg.*, 1981:60:629-33.

5.- ELLIOT H. y colaboradores: Estudio doble control de efectos farmacológicos de Nalbufina. *Journ. Med.*, 1:74-89, 1970.

6.- GAL y colaboradores. Actividad Analgésica y Depresión respiratoria de Nalbufina. Una comparación con Morfina. *Anesthesiology*, Vol 57:5 Noviembre, 1982.

7.- GARFIEL y colaboradores. Comparación de efectos clínicos psicológicos de Fentanil y Nalbufina en pacientes ginecológicas, *Anesth.. Analg.*, 1987:66:1303-7.

8.- JAFFE, JEROME H. Impacto de la Reglamentación en La Práctica Médica y la Investigación Biomédica, *Drug. and alcohol. Depend.*, 14:408-418, 1985.

9.- JASINSKI y MANSKY: Evaluación de abuso potencial de Nalbufina, *Clin. Pharm. Therap.*, 13:78-90, 1972.

10.- LEWIS J.R.: Uso y mal uso de pentazocine, A.M.A. Department of Drugs., *JAMA*, Vol 225, No.12.

11.- ROMAGNOLI, K.: Efecto techo de depresión respiratoria por nalbufina, *Clin. Pharm. Therap.*, 27:4, 1980.

9.- SCHMIDT, W. y colaboradores: Nalbufina, Drug and alcohol. Depen., 14:339-362, 1985.

10.- WILLIAM, R. M.: Rol de analgésicos agonistas-antagonistas en medicina, Drug and alcohol Depen., 14:221-226, 1985.

11.- WILKINSON, D.: Opiodes agonistas y antagonistas en anestesia general, Brit. Journ. Hosp. Med., 1987.

12.-WOODS, J.H. y GERECK, D.: Estudios de substitución y dependencia primaria en animales, Drug and alcohol Depend., 14:233-247, 1985.