

ABUSO Y COMPLICACIONES DERIVADAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ANOREXIGENAS

Cuad. Méd.-Soc., XXXV, 2, 1994/ 38-44

*Dra. Dagmar Holmgren y Dr. Víctor Lermenda**

OBJETIVOS

En el curso de los últimos años se evidencia un aumento en la prescripción y consumo de fármacos de propiedades anorexígenas. En la consulta psiquiátrica no es infrecuente la asociación de cuadros sintomáticos y antecedentes de uso de estas sustancias.

Se revisan los medicamentos de este tipo más frecuentemente prescritos, su forma de presentación y sus características farmacológicas. Se estudian 40 pacientes con antecedentes de consumo de estos fármacos. Se evalúa el tiempo de consumo, la noción de riesgo, sus efectos secundarios y la aparición de sintomatología psíquica.

Se evalúa también el resultado de una intervención psicoterapéutica integrada en un tratamiento alternativo del sobrepeso, buscando una experiencia correctora frente al uso y abuso de anorexígenos.

Un 97,5% de los pacientes evaluados reportan la presencia de sintomatología secundaria. Ninguno de los pacientes reincide en el uso durante el programa. Se resalta en este estudio la alta frecuencia de complicaciones derivadas del uso de sustancias psicotrópicas como anorexígenos. Llama la atención la falta de conciencia frente a los riesgos en la prescripción médica de estas sustancias.

Se promueve el desarrollo de estrategias alternativas como mecanismo desincentivador al abuso de estas sustancias.

INTRODUCCION

Los tratamientos mediante el uso de sustancias anorexígenas son sin duda controversiales desde el punto de vista de sus indicaciones y efectos adversos.

El presente estudio tiene por finalidad revisar consecuencias del consumo de sustancias anorexígenas indicadas como prescripción médica en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

Estudios nacionales (1) informan una prevalencia de 17% de la obesidad en la población adulta, 12% en adolescentes, siendo mayor en la mujer y a medida que avanza en la edad, llegando a cifras del 45% en los mayores de 50 años.

El sobrepeso y la obesidad se consideran como un síndrome plurietiológico en el sentido que en su génesis concurren múltiples factores conductuales, psicológicos y disminución de actividad física (3, 4). Nos ocupan especialmente en esta ocasión las terapéuticas farmacológicas.

Distintos autores (3, 5) realzan la eficacia de este tipo de tratamientos, pocos advierten sobre sus limitaciones, riesgos y complicaciones (2, 6).

I. Características farmacológicas de sustancias anorexígenas

a) Clasificación según estructura química:

La mayoría deriva estructuralmente de la anfetamina (alfametilfenilamina) (16); fármacos con

* Light life medical and nutritional programs

la estructura básica fentilamina son: a) femproporex, b) fentermina, c) fenfluramina, d) fenilpropanolamina. El e) dietilpropion se desvía ligeramente del núcleo original.

b) Clasificación según mecanismo de acción:

Actúan fundamentalmente a nivel central (7 - 8 - 9) y en ellas predomina según el fármaco su acción a nivel del sistema noradrenérgico aumentar liberación, inhibir recaptura (a - b - c - d) y aquellas cuya acción es a nivel del sistema serotoninérgico: Fenfluramina.

El efecto anorexígeno se correlaciona con la capacidad de estas sustancias de actuar a nivel hipotalámico, Sin embargo en distintos grados poseen también una capacidad excitatoria global sobre el SNC, incluyendo la estimulación cortical y reticular.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios se deben fundamentalmente a los efectos simpaticomiméticos: trastornos de ansiedad, irritabilidad, insomnio, sudoración, palpitaciones, hipertensión, arritmias.

A nivel de la esfera psíquica los síntomas son similares a los observados con el uso de anfetaminas.

Estamos por lo tanto en presencia de un grupo de sustancias psicoactivas que están asociadas a la producción de síndromes psicorgánicos (DSM III-R) (305 - 70 - 20).

Su uso tiene efectos inhibidores del apetito al comienzo del tratamiento, pero después van perdiendo eficacia (9). Lo cual conlleva al incremento en las dosis, aumentando así las posibilidades de la aparición de complicaciones.

Sustancias más frecuentemente usadas en clínica

I. Anfetaminas y simpaticomiméticos de acción similar:

- Femproporex
- Dietilpropion
- Fenilpropanolamina
- Fentermina

II. Fenfluramina:

De acción serotoninérgica, si bien en algún momento se pensó sería buena alternativa (Edwards 5) tendió a ser desplazada debido a su baja potencia inhibitoria del apetito.

Por una acción anorexígena más potente los más usados son los del primer grupo y actualmente (18) estudios nacionales enfatizan la predilección de los

llamados preparados magistrales. Esta forma de medicación permite al médico asociar en una misma presentación farmacéutica (Pedemonte, (10)) distintas drogas e ir variando sus dosis.

Algunos ejemplos de estos preparados son:

A:	1.- Femproporex	20 mg
	2.- Hormona tiroidea	30 mg
	3.- Diazepam	1,5 mg
	4.- Fenofaleína	—
	5.- Lactosa	—
B:	1.- Dietilpropion	50 mg
	2.- Femproporex	20 mg
	3.- Neo CMC	CSP
	4.- Tiroides	50 mg
	5.- Aloe	50 mg
	6.- Bromazepam	2 mg
	7.- Propanolol	5 mg

El ICD - 10 incluye categorías para la clasificación de trastornos mentales provocados por este tipo de sustancias: consumo perjudicial y síndrome de dependencia (11).

El DSM III - R establece los criterios de abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: (12).

Trastornos por uso de sustancias psicoactivas (DSM - III - R)

Los siguientes criterios son aplicables para cada una de las sustancias específicas que se enumeran más adelante.

Dependencia de sustancias psicoactivas

A. Como mínimo, tres de los síntomas siguientes:

1) con frecuencia, el uso de la sustancia se hace en mayor cantidad o por un período más largo de lo que el sujeto pretendía;

2) un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso de la sustancia;

3) una gran parte del tiempo se emplea en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo, el robo), consumirla (por ejemplo, fumando en cadena) o recuperarse de sus efectos;

4) intoxicación frecuente o síntomas de abstinencia cuando el sujeto tiene que desempeñar sus obligaciones laborales, escolares o domésticas (por ejemplo, no va al trabajo a causa de la resaca, va al trabajo o a la escuela "colocado" ("high"), está bajo los efectos de la intoxicación mientras cuida a sus

hijos, o cuando el uso de la sustancia es físicamente arriesgado (por ejemplo, conduce bajo los efectos de la intoxicación);

5) reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del uso de la sustancia;

6) uso continuado de la sustancia a pesar de ser consciente de tener un problema social, psicológico o físico, persistente o recurrente, que está provocado o estimulado por el uso de tal sustancia (por ejemplo, el sujeto sigue consumiendo heroína a pesar de las discusiones familiares que provoca su consumo, de la depresión inducida por cocaína, o de tener una úlcera que empeora con el alcohol);

7) tolerancia notable: necesidad de incrementar considerablemente las cantidades de sustancia (al menos, un 50%) para conseguir el efecto deseado o la intoxicación, o una clara disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.

NOTA: Los siguientes ítemes no pueden aplicarse al cannabis, los alucinógenos o la fenciclidina (PCP):

8) síntomas de abstinencia característicos (véase los síndromes específicos de abstinencia en los trastornos mentales orgánicos inducidos por sustancias psicoactivas);

9) a menudo se consume la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

B. Algunos de los síntomas de la alteración han persistido ante un mes como mínimo, o han aparecido repetidamente a lo largo de un período prolongado de tiempo.

Abuso de sustancias psicoactivas

A. Un modelo desadaptativo de uso de sustancia psicoactiva caracterizado como mínimo por uno de los síntomas siguientes:

1) uso continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el uso de la sustancia psicoactiva;

2) uso recurrente de la sustancia en situaciones en que éste es físicamente arriesgado (por ejemplo, conducir estando intoxicado).

B. Algunos síntomas de la alteración han persistido durante un mes como mínimo o han aparecido repetidamente por un período prolongado de tiempo.

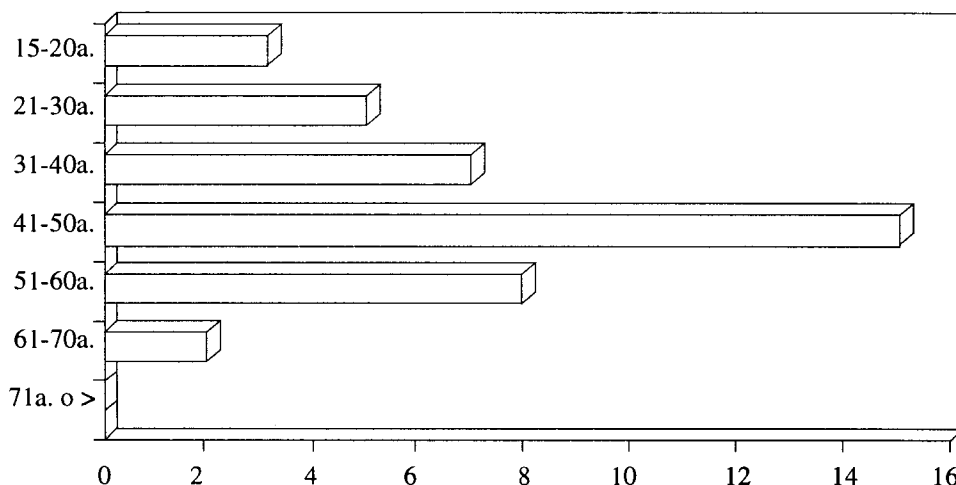
C. El cuadro nunca reunió los criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancia psicoactiva para el caso de esa sustancia.

MATERIAL Y METODO

Se seleccionan para el estudio 40 pacientes con antecedentes de consumo de anorexígenos, de un total de 73 pacientes perteneciente al estrato social medio alto y alto que consultan en forma privada y motivados por patología médica, fundamentalmente sobrepeso y patologías asociadas (hipertensión, diabetes, etc).

Se les aplica una entrevista semiestructurada para evaluar sus antecedentes de consumo y los parámetros que son objeto de este estudio.

Gráfico N° 1. Distribución por edad



RESULTADOS

Se revisan a continuación los datos clínicos de 40 pacientes, que consultan, con antecedentes de consumo de anorexígenos:

La composición de este grupo fue de:

Hombres: 2

Mujeres: 38

(En rango de edades ver gráf. N° 1).

En todos los casos los anorexígenos fueron indicados por prescripción médica como tratamiento para el sobrepeso.

Se exploran antecedentes de patología psiquiátrica, trastornos de personalidad asociados.

No se pesquian indicadores sintomatológicos sobre trastornos de alimentación AN ni BN (12) (13) en ninguno de los 40 pacientes.

En 3 casos existe el antecedente de patología psiquiátrica en tratamiento, correspondiendo a:

- Desorden de personalidad de tipo histérico.
- Desorden depresivo reactivo.
- Desorden ansioso depresivo.

Tipos de anorexígenos usados:

- 1.- Sólo anfetaminas
- 2.- Sólo anfetaminomiméticos
- 3.- Sólo preparados magistrales
- 4.- Más de uno (Gráf. N° 2)

Se destaca el hecho de que la mayoría de los pacientes ha consumido más de un tipo de anorexígenos a lo largo del tiempo, predominando últimamente el uso de preparados magistrales, a diferencia de hace más o menos unos 20 años, en que predominaba el consumo de anfetaminas.

Gráfico N° 2. Tipo de anorexígenos

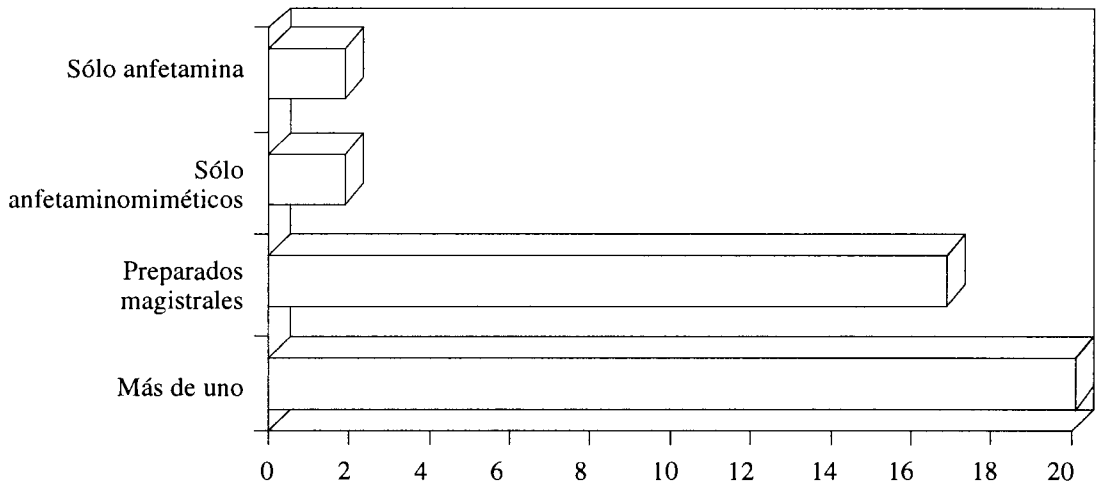
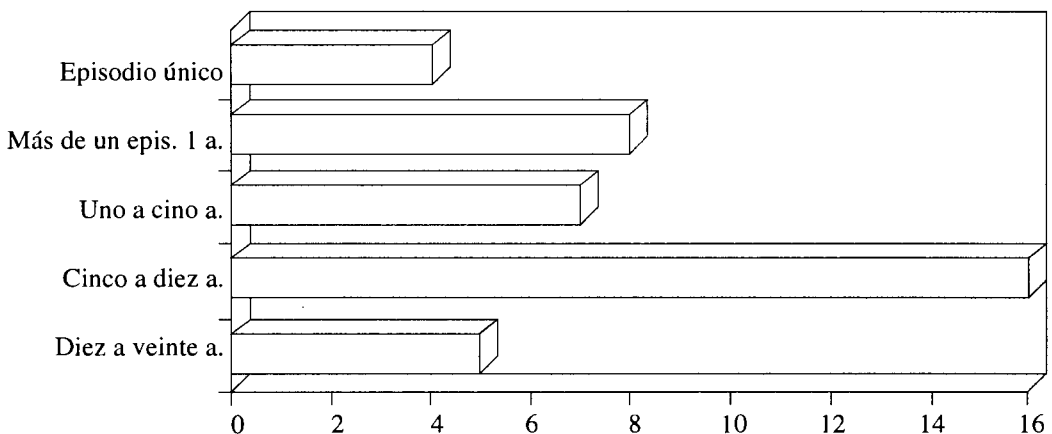


Gráfico N° 3. Tiempo de consumo de anorexígenos



El comportamiento acerca del tiempo de consumo se distribuye de la siguiente manera:

- A.- Episodio único de hasta 12 semanas.
- B.- Más de un episodio durante un período de hasta 1 año.
- C.- Antecedentes de hasta 5 años consumiendo anorexígenos en curas reiteradas.
- D.- Antecedentes de hasta 10 años consumiendo anorexígenos en curas reiteradas.
- E.- Antecedentes de hasta 20 años consumiendo anorexígenos en curas reiteradas. (Gráf. N° 3)

Relacionando el rango etario con los distintos grupos se observa que en los grupos de menor consumo hay un predominio de rangos etarios más jóvenes.

A medida que aumenta la edad se observa una conducta reiterativa del consumo a lo largo del tiempo.

Con respecto a la aparición de síntomas secundarios, 39 de los 40 pacientes reportan la presencia de éstos, siendo los más frecuentes: inquietud psicomotora, sensación de angustia y los estados disfóricos donde predomina la irritabilidad. (Gráf. N° 4)

Se explora en los pacientes la presencia de indicadores del criterio de abuso y dependencia de sustancias de acuerdo a los criterios establecidos en el DSM - III - R.

Se determinan 4 grupos explorando el concepto de "Modelo desadaptativo de uso de sustancias psicoactivas" (12) (PSM III - R). (Gráf. N° 5)

Gráfico N° 4. Síntomas secundarios

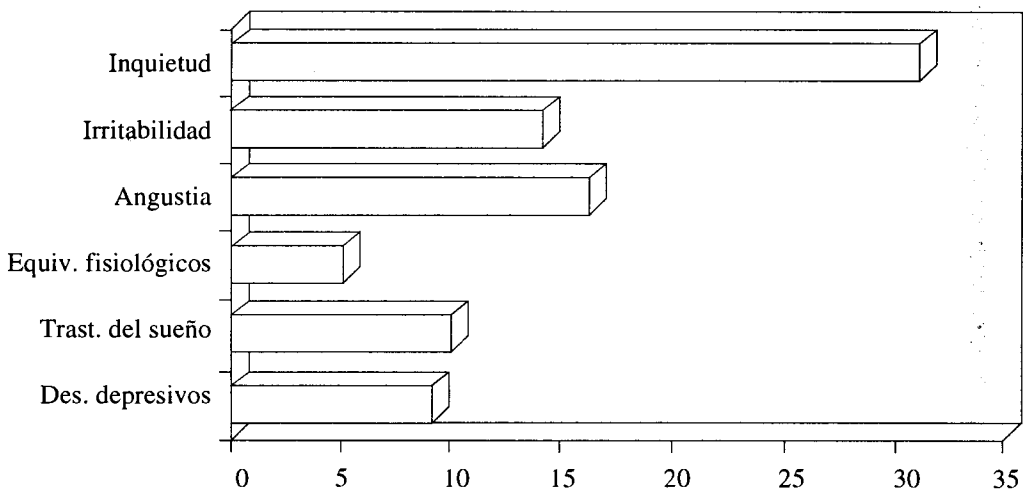
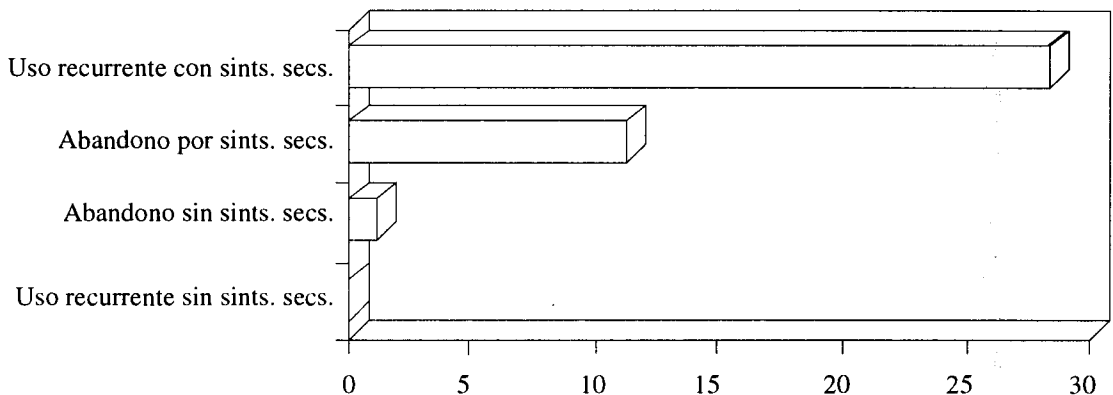
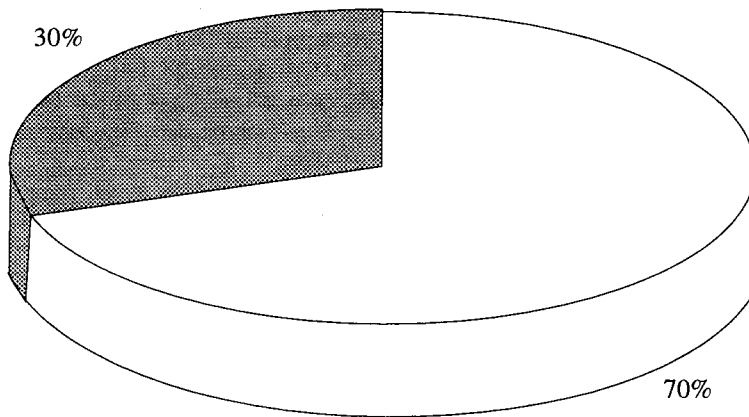


Gráfico N° 5. Consumo desadaptativo-Abuso (DSM III-R)



- Grupo I : Uso recurrente, en ausencia de síntomas secundarios.
 - Grupo II : Abandono, en ausencia de síntomas secundarios. En este grupo se consigna un paciente que en un episodio único consume anfetaminas por 12 semanas.
 - Grupo III : Abandono por síntomas secundarios. En este grupo ante la presencia de síntomas secundarios discontinúa y no reincide en el uso de estas sustancias.
 - Grupo IV : Este grupo reúne pacientes en que se reporta la presencia de síntomas secundarios, disconfort psíquico asociado directamente al consumo de la sustancia y a pesar de esto mantiene una conducta reiterativa de consumo.
- Cumplen criterios de abuso un 69% de la muestra. (Gráf. N° 6)

Gráfico N° 6. Abuso de anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar (DSM III-R)



Ningún paciente cumplió con los criterios de dependencia de acuerdo al DSM III - R (12).

Explorando en cuanto a la conciencia previa de riesgos:

En 4 pacientes se pesquiza la ausencia de noción clara de riesgo con respecto al consumo de estas sustancias. Los 36 pacientes restantes no obstante tener cierta noción de riesgo, no consideraron las sustancias lo suficientemente riesgosas como para prescindir de consumo.

Los pacientes fueron sometidos a un entrenamiento psicoterapéutico integrado a un tratamiento alternativo del sobrepeso. Durante el curso del programa la totalidad de los pacientes reporta una mayor conciencia de riesgo sobre el abuso de anorexígenos. Ninguno de los pacientes reincide al uso de estas sustancias durante el programa y en todos los pacientes se observa una positiva revalorización y experiencia correctora con respecto al hecho de enfrentar y resolver el problema del sobrepeso bajo su autocontrol y prescindiendo de fármacos.

CONCLUSIONES

1.- Las sustancias anorexígenas estudiadas producen efectos adversos derivados de su acción psicotropa prácticamente en la totalidad de los casos estudiados (39 de 40).

2.- El diagnóstico de Abuso de Anfetaminas o Simpaticomiméticos de acción similar 305.70 siguiendo los criterios del DSM III - R nos parece aplicable en un 70% del total de pacientes.

Nos parece importante evaluar la posibilidad de la existencia de un patrón de abuso de sustancias con respecto al consumo de anorexígenos. Considerando que éste se establecería en el ámbito de una acción médica, queda planteada la influencia que tiene el acto médico de su indicación sobre la noción de riesgo en la comunidad y en cada paciente.

Ningún paciente cumplió criterios de dependencia a esta sustancia de acuerdo al DSM III - R.

Se observó una favorable respuesta a un tratamiento alternativo del sobrepeso apoyado en recursos psicoterapéuticos.

El énfasis sobre la prescindencia de fármacos y manejo del problema del sobrepeso desplegando recursos y capacidades personales genera una elevación en la autoestima de los pacientes.

Esto último motiva la búsqueda creativa de alternativas terapéuticas más sanas desde la perspectiva de la salud mental para estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Antonio Arteaga, La Obesidad como un Problema Psicossomático, Series Clínicas Sociedad Médica de Santiago, 1-2, 41-46, Dic. 1982.
2. Hugo Pumarino, Endocrinología y Metabolismo, Santiago, Chile, Editorial Andrés Bello, 575-612, 1984.
3. Luciano Menaldo, Terapéutica Farmacológica de la Obesidad, Revista de la Sociedad Chilena de Obesidad, 1-1, 22-32, Oct. 1990.
4. Oscar Lizana, Consideraciones Generales sobre Obesidad, Revista de la Sociedad Chilena de Obesidad, 1-1, 8-12, Oct. 1990.
5. Kerry I. Edwards, Obesity, Anorexia and Bulimia, Medical Clinics of North America, 77-4, 899-909, 1993.
6. Harrison, Principios de Medicina Interna, 12 ed., Madrid, España, McGraw-Hill Interamericana de España, 805-830, 1992.
7. Publicación Científica de la OPS-525. Varios Autores, Información de Medicamentos, Tomo I USP-DI, Madrid, España, OSP, 235-245-1117, 1989.
8. Goodman and Gilman, Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Ciudad de México, Editorial Médica Panamericana S.A., 196-225, 1991.
- 9.- Jesús Flórez, Farmacología Humana, Barcelona, España, 858-860, 1992.
10. -Jaime Pedemonte, Carlos Cáceres, La Formulación Magistral en el Tratamiento de la Obesidad, Revista de la Sociedad Chilena de la Obesidad, 1-1, 42-50, Oct. 1990.
- 11.- OMS, The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders, Madrid, España, Editorial Meditor, 102-103, 1992.
- 12.- M.V. Miyar, DSM III - R Criterios Diagnósticos, Barcelona, España, Masson S.A., 59-60-101-103, 1988.
- 13.- J. Yager, Special Problems in Managing Eating Disorders, American Psychiatric Press Inc., 1-14, 1992.

EVENTOS

☞ 3er. Congreso Panamericano de Epidemiología a realizarse en Córdoba, Argentina, entre los días 17 al 21 de octubre de 1994 en el Pabellón Argentina de la Ciudad Universitaria de Córdoba. Cuenta con la colaboración de OPS/OMS, Ministerio de Salud Pública de la Nación, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Córdoba.

☞ Curso sobre "Riesgo y costo efectividad en la epidemiología de nutrición y salud" programado por el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, entre los días 8 y 12 de agosto de 1994. Comunicarse en INTA, Universidad de Chile, Av. Macul 5540, Tel. 221 4069