

Se poate acționa

---

Serviciile de sănătate față în față cu  
problemele generate de  
consumul de droguri

Ghid pentru medicul de familie

Uniunea Europeană  
Program finanțat prin PHARE

Traducere din limba spaniolă

## Ministerul Sănătății Spania

Planul Național privind Drogurile

Delegația Guvernului pentru Planul  
Național privind drogurile

## **Tabla de materii**

Personalul medical față în față cu părinții care întreabă

Medicii confrunțați cu cererea de medicamente psihoactive

Personalul medical confruntat cu urgențe

Personalul medical confruntat cu comportamentul de risc al consumatorilor de droguri

Personalul medical în fața unei solicitări de intervenție

Medicul în fața unei cereri de dezintoxicare

Criterii de bază pentru asumarea răspunderii îngrijirii unui toxicoman

Fișe farmacologice

Adrese utile

## Introducere

Dependența de substanța psihoactivă este un fenomen complex care poate fi reprezentat schematic ca interacțiunea a trei grupe mari de factori: factorul social care cuprinde disponibilitatea drogului, acceptul sau rejecția de către grup a consumatorului de drog, al doilea factor este reprezentat de efectele farmacologice euforizante ale drogului și, în fine, cel de-al treilea factor important este reprezentat de structura psihologică, personalitatea individului, fapt ce explică de ce unii consumatori ajung dependenți și alții nu.

Rezultanta celor trei grupe de factori este triumphiul dependenței. Măsurile de combatere a dependenței de substanță se vor adresa acestor trei laturi ale triumphiului: factorul social poate fi influențat prin scăderea ofertei de drog, ca urmare a creșterii pedepselor și sancționării ferme a narcotraficului; tot aici are o importanță deosebită și suportul microgrupului familial.

Factorul farmacologic - acțiunea euforizantă a drogului, poate fi influențat prin administrarea fie a tratamentului de întreținere (cu metadonă), fie a tratamentului cu antagoniști (naltrexonă).

Mult mai complicat de abordat este factorul personalitate, care îl vulnerabilizează pe individ la dobândirea dependenței. Acest factor poate fi influențat prin măsuri psihoterapeutice care vor fi aplicate o perioadă îndelungată în postcură.

Pînă în anul 1989 autoritățile române au fost preocupate de asigurarea unui regim strict pentru substanțele stupefiante și preparatele farmaceutice ce conțin aceste substanțe, prevăzând în acest scop măsuri coercitive severe, de natură penală, în cazul unor încălcări ale acestuia.

Politica restrictivă dusă pînă în 1989 privind dreptul la libera circulație a persoanelor a permis controlul strict al frontierelor și a făcut ca teritoriul României să fie în bună parte ocolit de rețelele de narcotrafic; ca atare, fenomenul de consum al drogurilor s-a manifestat sporadic și fără consistență.

În acest context, nu s-au luat măsuri în domeniul reducerii cererii de droguri și al toxicomaniei; cazurile rare de consum acut sau cronic de droguri existente în acei ani fiind tratate în secțiile de anestezie și terapie intensivă ale unor spitale.

Sfârșitul anului 1989 a marcat schimbări profunde în România și în țările din Europa de Est generînd apariția unor noi factori de risc: creșterea infraționalității și dezvoltarea criminalității transfrontaliere, inclusiv a traficului de droguri, formarea unei piețe de desfacere a acestora și implicit creșterea numărului de toxicomani.

În prezent amploarea fenomenului depășește sfera preocupărilor medicale și chiar puterea de reacție a instituțiilor implicate direct în lupta cu traficul și consumul de droguri.

Tergiversarea luării unor măsuri adecvate de contracarare a traficului, de reducere a consumului și de reinserție socială a toxicomanilor, subliniază faptul ca fenomenul drogurilor nu este pe deplin conștientizat de factorii decizionali ai societății.

La acestea se adugă și faptul că nu s-a reusit cunoașterea estimativă a numărului consumatorilor de droguri, fapt care ar fi permis o abordare mai

profundă a necesităților și priorităților existente în domeniul asigurării medicale pentru acest segment populațional.

Drogurile distrug vieți și comunități, subminează dezvoltarea umană și generează criminalitate; drogurile afectează toate sectoarele societății, în toate țările; în particular consumul de droguri afectează libertatea și dezvoltarea tineretului.

Aceasta este cea de-a doua ediție revizuită a Manualului ACȚIONÂND PUTEM SCHIMBA LUCRURILE, SERVICIILE DE SĂNĂTATE CONFRUNTATE CU PROBLEMA DEPENDENȚEI DE DROGURI, al cărui titlu a fost puțin modificat. Obiectivul acestuia este:

- Conștientizarea cadrelor medicale în legătură cu rolul important pe care îl pot juca, răspunzând problemelor legate de consumul de droguri.
- Oferirea de măsuri orientative în fața cererilor specifice pe care acești specialiști le primesc de la consumatorii de droguri.
- Aprofundarea cunoștințelor referitoare la acțiunea farmacologică a principalelor substanțe de abuz, cât și a problemelor mai importante pe care le poate genera consumul acestora.
- Facilitarea procesului de informare, care să permită medicilor să nu se transforme în furnizori de medicamente psihoactive susceptibile de a fi utilizate de către consumatorii de droguri.
- Facilitarea obținerii de informații și adrese de unde se pot obține date referitoare la tratamentul acestor pacienți sau asupra modului de eliberare a medicamentelor și la accesul la centre specializate.

Sperăm ca acest manual să fie util tuturor specialiștilor care își desfășoară activitatea în cadrul primului nivel de îngrijire medicală.

## Personalul medical față în față cu părinții care pun întrebări

### ÎN FAȚA PĂRINȚILOR ÎNGRIJORAȚI

Există întrebări curente care sunt puțin utile și chiar nefaste.

Există întrebări utile care merită efortul de a fi puse.

PERSONALULUI MEDICAL ÎI REVINE SARCINA DE A FACILITA FORMULAREA ÎNTREBĂRILOR CELOR MAI ADECVATE

#### Exemplu:

Ce trebuie să facem pentru ca fiul nostru să nu devină dependent de droguri?

**Cum trebuie să ne comportăm cu un adolescent care traversează o perioadă dificilă?**

Ce produse sunt periculoase?  
De unde se obțin?

**Cum putem cunoaște mai bine produsele toxice pentru a putea DISCUTA despre acestea cu fiul nostru?**

Care sunt simptomele după care ne putem da seama că fiul nostru se droghează: ochi iritați, stare de oboseală ... ?

**Cum putem deveni conștienți de problemele unui fiu care manifestă simptome de SUFERINȚĂ, apatie, dezinteres, violență, etc ... ?**

Cum putem ști ce face fiul nostru atunci când nu este acasă?  
Căror influențe proaste este supus?  
Cu ce persoane intră în contact?

**Cum putem reacționa în fața provocării pe care ne-o adresează fiul nostru frecventând locuri sau intrând în contact cu persoane pe care noi le considerăm inacceptabile?**

În ce mod îl putem convinge pe fiul nostru să nu consume droguri?

**În ce mod putem fi EXPLICITI și CONVINGĂTORI atunci când vorbim despre droguri, despre efectele pe care le produc, despre limitele și riscurile pe care le presupun?**

Ce putem face pentru ca fiu nostru să „reușească” în viață?

**În ce mod trebuie să reacționăm în relația cu un fiu care caută un stil de viață personal?**

În ce mod îi putem transmite „principii sănătoase”?

**În ce mod putem dialoga pe tema aspectelor coerente și a celor incoerente ale moralei pe care o apărăm?**

În ce mod ne putem transforma în confidenții sau prietenii fiului nostru?

**Cum putem dialoga fără a deveni demagogi?**

**În ce mod îi putem demonstra că îl iubim, dar că avem propria identitate, respectându-i o în același timp pe a sa? În ce mod ne putem confrunta cu el, fără a rupe relațiile?**



## FAȚĂ ÎN FAȚĂ CU PĂRINȚII ÎNGRIJORAȚI

În paginile următoare, utilizarea drogurilor nu mai este o simplă supoziție sau temere ..., este un lucru real, fără a fi sinonim cu dependența.

Ce am făcut ca să merităm acest lucru?  
Am eșuat în ceea ce privește educația fiului nostru.

**În ce mod putem înțelege ce se întâmplă fără a considera că este vorba de un eșec?**

Mi-ar plăcea să pun mâna pe cel care l-a atras în această situație. Am să anunț poliția!

**Ce îl atrage la consumul de droguri: căutarea plăcerii, protestul sau identificarea cu prietenii săi?**

Ar fi putut să facă orice altceva ... în afară de asta ... am fi acceptat orice altceva.

**Nu consideră acest lucru ca pe o modalitate de a ne înfrunța?**

Nu am făcut nici un fel de comentarii asupra notelor sale, nici asupra nopților petrecute cu prietenii, nici asupra violenței sale.

**Nu este cumva modul său de a atrage atenția, de a se face ascultat?**

Trebuie vindecat de această boală!

**Acest consum i-a creat realmente o dependență? Ce loc ocupă în viața sa?**

Trebuie găsit un centru unde se tratează această boală!

**Ce putem face pentru a-l ajuta? Îl putem ajuta să găsească locuri de interes, să-și definească propria rațiune de a trăi și de a avea speranță?**

Dacă va continua în acest mod, va fi pierdut.

**În ce mod putem acorda atenție problemelor lui și evita situația ca drogurile să ajungă o soluție sau un refugiu?**

## **NU VĂ GRĂBIȚI ... NU LUAȚI DECIZII PREMATURE**

Într-adevăr, este o EROARE GRAVĂ să orientezi de la început către un centru de tratament un tânăr în cazul căruia experimentarea drogurilor reprezintă doar un SIMPTOM.

Relația cu drogurile poate fi ocazională și într-o astfel de situație nu trebuie pusă eticheta de „toxicoman”

În prezent, se poate afirma că majoritatea tinerilor care au încercat un tip sau altul de droguri, nu sunt toxicomani.

**ACCEPTAȚI întotdeauna dialogul.**

**Respingeți diagnosticele de toxicomanie, pronunțate în grabă.**

**Aveți în vedere posibilitatea de a induce toxicomanii iatrogene.**

Un procent foarte mare de toxicomani se aprovizionează adresându-se medicilor.

Când vorbim despre droguri, ne gândim întotdeauna la droguri cum ar fi hașișul, sau altele, ca de exemplu heroina și cocaina și adesea uităm existența unor medicamente psihoactive.

**De sigur:**

Un procent foarte mare de toxicomani se aprovizionează adresându-se medicilor.

**Rețineți:**

Toxicomanii de multe ori cunosc farmacopeea care îi interesează mai bine decât chiar profesioniștii, și în plus dispun de timp pentru a reflecta asupra celui mai bun mod de a obține medicamentele pe care le doresc.

Majoritatea toxicomanilor, mai ales consumatorii de heroină sau cocaină consumă și alte substanțe, printre care se numără și unele medicamente cu efecte psihoactive.

## **Medicul în fața cererii de medicamente psihoactive**

Următoarele pagini au ca scop indicarea răspunsurilor principale care se pot da, sau a acelor care trebuie evitate în diferite situații cu care ne putem confrunta.

### **Cererea toxicomanului**

Un pacient care nu vă cunoaște intră în cabinetul dumneavoastră și vă spune:

„Am o colică renală, mă dor măselele, numai FORTRALUL mă calmează”.

### **Atitudinea și răspunsul medicului**

**Puneți-i întrebări și examinați-l cu atenție, pentru a vă asigura că nu este vorba de o cerere care reprezintă un PRETEXT.**

„Sunt deprimat și numai BENZEDRINA îmi îmbunătățește starea de spirit”

**Explicați-i pericolele pe care le presupun anfetaminele și medicamentele stimulatoare.**

Medicul specialist îmi prescrie din când în când BENZEDRINA pentru a slăbi, acum am început să mă îngraș din nou și am nevoie de un flacon”

**Propuneți-i un tratament mai adecvat contra depresiei sau obezității.**

„Sunt epileptic și mi s-au terminat pastilele de LUMINAL”

**Încercați să verificați dacă este vorba într-adevăr de epilepsie. În cazul existenței unui dubiu, prescrieți-i BENZODIAZEPINE și trimiteți-l la specialist.**

„Psihiatrul îmi prescrie ROMPARKIN, am nevoie de încă un flacon.

**Nu prescrieți nici un medicament înainte de a lua legătura cu psihiatrul. Dacă spune că este plecat, puneți-i întrebări pentru a afla cauza și circumstanțele care au motivat prescrierea neurolepticelor și prezența efectelor secundare ale acestora. Nu prescrieți nici un medicament dacă este vorba de o cerere care are la bază un pretext.**

„Sunt deprimat, mă doare tot corpul, nu pot dormi, simt că mor, dați-mi ROHIPNOL”

**Sindromul cauzat de întreruperea administrării opiaceelor se prezintă ca o exacerbare a unei crize de anxietate. Oferiți-i pacientului un ajutor terapeutic fără opiacee, pe bază de anxiolitice și/sau analgezice. Nu vă temeți. Nu îl expuneți nici unui risc.**

„Sunt agitat, mi-e greață, mă simt foarte rău, cred că voi suferi o criză, LUMINAL îmi face bine”

„Sunt toxicoman de mult timp: am început să mă dezobișnuiesc singur, scăzând progresiv dozele. Mă mențin cu „o priză” zilnică. Acum am nevoie de câteva comprimate de METADONĂ pentru a încheia auto-tratamentul. Ceilalți medici nu-mi înțeleg problema. Vă rog, ajutați-mă.”

Mi s-a infectat brațul, cred că din cauza unei injecții.

Vă previn: Mă simt foarte rău; dacă

**Dependența de barbiturice produce crize de anxietate și agresivitate. Întreruperea bruscă poate produce convulsii. Puneți întrebări pentru a stabili dozele ingerate (sau injectate). Puteți folosi efectul anticonvulsiv al DIAZEPAM-ului timp de câteva zile de la întreruperea tratamentului cu barbiturice. Uneori este necesară o cură scurtă de dezintoxicare progresivă cu FENOBARBITAL (3 până la 5 zile) insistând în discuția cu pacientul asupra caracterului excepțional al recomandării.**

**Tratamentul cu METADONĂ, medicament de substituție, este reglementat prin Legea 143/2000 și nu poate fi prescris de orice medic. De aceea pacienții care intră în acest tratament trebuie să fie luați în evidență la Direcțiile de Sănătate Publice Județene și să aibă asupra lor o legitimație prin care se atestă faptul că se află în acest tratament. Dacă nu urmează această filieră legală, atât medicii cât și pacienții sunt pasibili de pedeapsa cu închisoarea.**

**ATENȚIE!**

**Medicii de familie au dreptul doar să trimită pacienții la centrele de tratament cu Metadona, unde ei vor fi evaluați de o comisie și acceptați sau nu în program, dacă îndeplinesc criteriile legale.**

**Tratați problema somatică.**

**Gândiți-vă că, deși pacientul nu dorește să întrerupă consumul, puteți modifica în sens pozitiv obiceiurile care implică riscuri.**

**Recomandați-i să utilizeze material steril, să nu utilizeze în comun acele și seringile, sau ca cel puțin să le dezinfecteze.**

**Nu cedați șantajului unui**

nu îmi dați ceea ce vă cer, voi face un gest disperat.”

**toxicoman.**

**Cea mai bună soluție întotdeauna este de a acționa clar și ferm.**

# Personalul medical confruntat cu urgențe

## DATORATE CONSUMULUI DE OPIACEE

### A. SINDROMUL DE ABSTINENȚĂ

Este vorba de un tablou care poate prezenta diferite simptome și semne în funcție de gravitate, printre care se numără:

- anxietate, midriază, dureri musculare generalizate, transpirație abundentă, frisoane, lăcrimare, rinoree, anorexie cu grețuri și insomnie persistentă.
- în stări mai grave, pot apărea: hipertermie, hipertensiune, tahicardie și apnee, cât și vomă și diaree.

Acest tablou se prezintă în cazul persoanelor care au dezvoltat dependență fizică. Intensitatea acesteia și caracterul simptomelor sunt în funcție de diverși factori, fie de tip obiectiv (doză, cale de administrare, consum în asociere cu alte droguri, prezența anumitor patologii organice asociate, etc.), cât și subiective (speranțe de rezolvare a problemei și caracteristici ale personalității toxicomanului).

Sindromul de abstință la heroină începe să se manifeste în termen de

Adesea este posibil ca acesta să fie primul contact pe care îl are toxicomanul cu specialistul în probleme de sănătate.

De aceea, se RECOMANDĂ SĂ SE PROFITE DE MOMENT pentru:

- reorientarea cererii sale către tratamentul global al dependenței de droguri: bine ghidat de către personalul medical sau orientând-l către îngrijirea de echipe specializate (în fiecare caz se recomandă să se aibă în vedere ambele alternative).
- dacă nu acceptă această posibilitate, cel puțin INFORMAȚI-L și SFĂTUȚI-L referitor la obiceiuri care pot reduce riscurile asociate consumului de droguri (utilizarea materialului steril, nefolosirea în comun a acelor și seringilor, dezinfectarea acestora ...)
- efectuarea unui examen de sănătate minim. Vaccinarea sau înscrierea într-un program de vaccinare contra H.B., prescrierea vaccinării antitetanice .... etc.

**ȚINEȚI SEAMA DE URMĂTOARELE ASPECTE:**



6 – 12 ore de la administrarea ultimei doze, atingând punctul culminant după 24 – 48 de ore și scade progresiv după 6 – 10 zile.

Riscul de deces în cazul sindromului de abstință este practic inexistent. În orice caz, trebuie avută în vedere posibilitatea apariției deshidratării în cazurile extreme.

- dependența de opiacee se desfășoară ca un proces recurent, prin aceea că va avea aspectul unor momente evolutive distincte, cu alternarea perioadelor de abstință și recidive în consum. Acestea sunt întotdeauna posibilități care pot fi folosite terapeutic și trebuie exploatate ca etape către rezolvarea definitivă.
- Deși toxicomanul nu are intenția de a se dezintoxica, contactul cu personalul sanitar, tratamentul patologiei organice asociate și atenuarea simptomelor abstinței reprezintă întotdeauna un ajutor important pentru acesta.

#### PENTRU REALIZAREA TRATAMENTULUI SIMPTOMATIC:

- nu se vor administra opiacee;
- medicamentele cele mai adecvate sunt benzodiazepinele cu acțiune prelungită (diazepam sau clordiazepoxid);
- de câte ori este posibil, se va administra medicamentul astfel încât pacientul să nu poată recunoaște natura acestuia;
- se va administra medicamentul „in situ”, fără a elibera rețete pentru tratamentul ulterior.

## B. INTOXICAȚIE ACUTĂ

- dacă se constată o stare comatoasă, cu mioză punctiformă și depresie respiratorie, care în general este însoțită de bradicardie, cianoză, hipotensiune și hipotermie
- dacă există semne de perforare venoasă.

Există o probabilitate mare să vă confrunțați cu o intoxicație cu opiacee.

- Dispuneți transferarea urgentă a pacientului la spital.

### ÎNTRE TIMP:

- mențineți libere căile respiratorii:
- urmați procedurile obișnuite de reanimare de urgență:
- administrați 0,4 – 0,8 mg de NALOXONA (antagonist opiaceu) pe cale intravenoasă lentă.
- dacă nu obțineți reacția așteptată, repetați doza după 3 – 5 minute. Utilizarea produsului NALOXONA poate salva viața pacientului dumneavoastră, repetați doza fără ezitare. Dacă după administrarea repetată a dozei de NOLAXONA nu se îmbunătățește funcția respiratorie și nivelul de conștientă, luați în considerare asocierea cu benzodiazepine și administrați 0,2 mg de FLUMAZENIL (antagonist benzodiazepinic), pe cale intravenoasă timp de 15 secunde. Dacă nu se obține o reacție în termen de un minut, se pot urma două căi alternative:
  - administrarea unei a doua doze de 0,1 mg de FLUMAZENIL, repetând, dacă este necesar, aceeași doză din minut în minut, până la maximum 1 mg.
  - menținerea perfuziei continue de 0,1 până la 0,4 mg FLUMAZENIL pe oră
- dacă se obține un răspuns imediat, dar după 1 sau 2 ore constatați că se reinstalează starea comatoasă, repetați

doza de NALOXONA, dat fiind că timpul de acțiune al acestei substanțe este de 1 – 2 ore, în timp ce acela al heroinei este de 4 – 5 ore.

### **C. ANAFILAXIE CU SUBSTANȚE ADMINISTRATE ÎN ASOCIERE**

Uneori, diferitele substanțele cu care este combinată („tăiată”) heroina (stricnină, talc, detergenți, etc), fiind străine organismului, pot provoca reacții anafilactice.

TRATAȚI această situație ca oricare altă reacție de acest tip.

## **DATORATE CONSUMULUI DE SUBSTANȚE INHALANTE**

(Diluanți, adezivi, benzine, etc)

### **INTOXICAȚIE ACUTĂ**

De obicei, se prezintă ca un tablou asemănător etilismului acut, însoțit de o halenă caracteristică și midriază. Poate prezenta complicații cum ar fi halucinații, aritmii, edem pulmonar acut, depresie medulară și insuficiență hepatică.

Unele date epidemiologice ca de exemplu: vârsta tânără, resursele economice reduse și prezența resturilor de diluant sau lac pe haine pot fi utile în stabilirea diagnosticului.

- **PROCEDAȚI** la transferul la spital.
- **ÎNTRE TIMP:** Efectuați reanimare cardiorespiratorie, dacă este cazul.

## **DATORATE CONSUMULUI DE L.S.D.**

Consumul de halucinogene (L.S.D., mescalina) dă naștere unor episoade halucinatorii, predominând halucinațiile vizuale (în mod obișnuit, în culori foarte pronunțate) dezorientare temporală și spațială și o agitație psihomotorie.

De obicei, cedează de la sine după 10 – 12 ore.

- creați un mediu relaxat, evitați orice fel de stimuli și liniștiți pacientul;  
- nu se recomandă administrarea de neuroleptice;  
- dacă este necesar, se va administra un produs din clasa benzodiazepinelor;  
- în măsura în care este posibil, se va evita spitalizarea și se va încerca să nu fie lăsat singur în cursul ultimelor ore ale evoluției, ci să găsească pe cineva care să-i faciliteze contactul cu realitatea.

# DATORAT CONSUMULUI DE AMFETAMINE

## A. INTOXICAȚIE ACUTĂ

Se prezintă ca un tablou clasic de hiperstimulare simpatică: hiperactivitate, hipertermie, transpirație, tahicardie, hipertensiune și midriază.

În unele cazuri, apare și simptomatologia paranoidă.

Internați pacientul.

Între timp:

- dacă pacientul este conștient și nu au trecut șase ore de la ingerare, efectuați lavaj gastric sau provocați vomă;

- în cazul manifestării unei agitații puternice, administrați o benzodiazepină sau un neuroleptic.

## B. TULBURĂRI DELIRANTE

Acest tablou este dominat de ideea delirantă de persecuție, de prezența halucinațiilor vizuale, o puternică agitație psiho-motorie și o importantă angoasă.

Nu s-a dovedit legătura sigură cu doza, timpul de administrare sau personalitatea pacientului.

- încercați să creați o ambianță liniștită, fără stimulii senzoriali;

- administrați un neuroleptic;

- dacă persistă simptomele, transferați-l la spital.

## **DATORATE CONSUMULUI DE COCAINĂ**

### **A. INTOXICAȚIE ACUTĂ:**

- se prezintă sub o formă similară cu cea a intoxicației cu amfetamine;
  - poate prezenta manifestări cardio-pulmonare (dureri toracice, palpitații, respirație sacadată, etc.), manifestări psihiatrice (anxietate, agitație psihomotorie, idei paranoide, tendințe suicidare etc), manifestări neurologice (amețeli, dureri de cap, convulsii, etc.).
  - poate ajunge la deces, gravitatea fiind condiționată de:
    - calea de consum: există un pericol major în ceea ce privește calea endo-venoasă și calea pulmonară.
    - prezența unor patologii asociate: insuficiență coronariană, hipertensiune;
    - administrarea concomitentă a unor alte produse farmaceutice (simpatomimetice) sau a altor droguri.
- nu există antagoniști specifici.
  - se poate administra diazepam ( 5-10 mg) pe cale intravenoasă pentru a controla convulsiile. Nu se vor administra hidantoine.
  - se vor trata celelalte complicații în modurile obișnuite.

### **B. TULBURĂRI DELIRANTE**

Foarte similare cu cele produse de amfetamine.

Se va proceda în același mod.

Fumatul bazei libere a cocainei cristalizate (crack) poate produce rapid dependență și efecte adverse cardiovasculare, neurologice și psihiatrice.

## PATOLOGIA ORGANICĂ ASOCIATĂ CU UTILIZAREA DROGURILOR PE CALE PARENTERALĂ

Administrarea parenterală presupune un risc accentuat de generare a unui anumit tip de patologie (în special infecțioasă) care adesea duce la solicitări urgente de asistență. De aceea, este recomandabil să se acorde o atenție deosebită evaluării semnelor și simptomelor care pot indica prezența acesteia:

Pierderea acuității vizuale și/sau infecții oculare.	Pacienții vor trebui evaluați în regim de urgență pentru a elimina posibilitatea existenței endoftalmiei, datorate infectării cu candida.
Afectări ale stării generale, cu prezența semnelor și simptomelor care sugerează insuficiență hepatică (edeme, ascită).	Se va avea în vedere posibilitatea prezenței unei hepatite infecțioase sau toxice.
Stare febrilă de origine necunoscută.	Se va avea în vedere posibilitatea existenței: unei endocardite infecțioase; osteomielite sau artrite septice; pneumonii; infecții ale părților moi și /sau tromboflebită septică.
Manifestări caracteristice abdomenului acut.	Se va verifica dacă nu este vorba de un sindrom de abstenență.
Febră, pierdere rapidă în greutate, diaree persistentă.	Se va avea în vedere posibilitatea existenței SIDA.

## Personalul medical confruntat cu comportamentele de risc ale consumatorilor de droguri

Adeesea îngrijiți pacienți care prezintă patologii organice, asociate cu consumul de droguri. În mod sigur, cazurile cele mai grave și mai frecvente sunt cele asociate cu administrarea drogurilor pe cale parenterală și, mai concret, cu existența unor obiceiuri inadecvate: utilizarea în comun a seringilor sau a apei contaminate.

Acești pacienți apelează sporadic la asistență medicală și în general nu solicită tratament contra dependenței lor.

### REȚINEȚI CĂ

Dependența de droguri este un proces recurent.

Ca parte a istoricului procesului, pacientul traversează diferite stadii evolutive.

Deși renunțarea la utilizarea drogurilor este cea mai bună decizie, nu întotdeauna pacientul poate face acest lucru.

Există și alte OPȚIUNI SAU OBIECTIVE INTERMEDIARE, pe care puteți să i le oferiți și care îl vor ajuta pe pacientul dumneavoastră să reducă riscul de hepatită, SIDA, candidoză.

Înscrierea într-un PROGRAM DE ÎNTREȚINERE CU METADONĂ	Utilizarea PREZERVATIVELOR pentru prevenirea SIDA și a altor boli cu transmitere sexuală.
---	---

Schimbarea căii de administrare. ABANDONAREA CĂII PARENTERALE	Aplicarea unor RECOMANDĂRI referitoare la tehnicile de injectare cu riscuri reduse (dezinfectarea locului injectării, alternarea locului injectării, ne aspirarea sângelui, utilizarea unui instrumentar în stare bună, injectarea în sens ascendent, evitarea utilizării aceleiași seringi și a aceluiași ac).
---	---

Utilizarea MATERIALULUI DE INJECTARE STERIL (seringi, ace, apă distilată, etc.)	VACCINAREA împotriva hepatitei B și a tetanosului.
---	--

Utilizarea unui DEZINFECTANT atunci când, din motive de urgență, se folosește în comun materialul de injectare.

TOATE ACESTE MĂSURI VĂ VOR AJUTA PACIENȚII ÎN A-ȘI ÎMBUNĂTĂȚI CALITATEA VIEȚII ȘI SĂNĂTATEA ACELORA CARE NU POT ÎNCĂ



## RENUNȚA LA CONSUM DEPINDE DE FOLOSIREA UNOR PRACTICI IGIENICE ADECVATE

### NU UITAȚI:

Cu ocazia vizitelor pacienților dumneavoastră care folosesc droguri administrate pe cale parenterală, puteți influența în mod pozitiv modificarea obiceiurilor care implică riscul de infectare.

Deși pacientul nu abandonează consumul, există soluții pentru diminuarea riscului.

Încurajați-vă pacienții să transmită aceste mesaje și altor consumatori de droguri din anturajul lor.

DE MULTE ORI PARAMEDICII SUNT PRIMII CARE INTRĂ ÎN CONTACT CU PERSOANELE CARE CONSUMĂ DROGURI PE CALE PARENTERALĂ. PROFITAȚI DE OCAZIE PENTRU A REALIZA O INTERVENȚIE HOTĂRĂTĂ: UNEORI NU VEȚI AVEA O NOUĂ OCAZIE.

## Personalul medical în fața unei cereri de intervenție

Acceptați răspunderea de a vă ocupa de un toxicoman numai dacă el însuși vă solicită ajutorul.

Dacă familia este cea care apelează la dumneavoastră, a o ajuta presupune:

Înainte de toate ASCULTAȚI.

Ajutați-i să fie mai puțin neliniștiți.

În cazul în care se acordă importanță exagerată unor aspecte, demonstrați acest lucru.

Evitarea sentimentelor de culpabilitate. Căutarea mijloacelor de restabilire a relațiilor familiale și modificarea atitudinilor inadecvate (prea permissive, prea rigide).

Recomandați renunțarea la adoptarea unor măsuri coercitive sau de control, pe care tânărul toxicoman le poate resimți ca pe o respingere (anunțarea poliției, izgonirea de acasă sau exmatricularea ...).

SPECIALIȘTII CARE LUCREAZĂ ÎN CADRUL NIVELULUI PRIMAR DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ, DATORITĂ APROPIERII DE MEDIU SUNT CEI MAI INDICAȚI PENTRU A ACORDA ACEST PRIM AJUTOR.

Evaluati situația, ținând seama de următoarele:

Continuitatea în  
utilizarea substanțelor și  
natura acestora.

Integrarea tânărului în  
grupul său familial,  
școlar, etc.

Posibilele probleme de  
comportament.

Atunci când părinții, educatorii sau alte persoane vă solicită sfatul în ceea ce  
privește un tânăr fumător de hașiș

**ASCULTAȚI. CONVINGEȚI-I SĂ NU DRAMATIZEZE. INFORMAȚI**

**ARĂTAȚI:**

Toxicitatea reală a hașișului și faptul  
că nu implică o dependență fizică.

Adevărata importanță a hașișului ca  
modă și formă de frondă juvenilă.

Necesitatea de a menține sau  
restabili dialogul.

Că, în mod normal, nu este necesar și  
nici recomandabil ca părinții să-și  
ducă fiul în mod regulat la consultații  
pentru aceste motive.

Că, în unele ocazii, poate fi vorba de  
manifestarea unor probleme mai  
grave, care pot justifica abordarea  
unui specialist în boli mentale.

Evaluati importanța toxicomaniei și  
relevanța posibilelor manifestări  
asociate cu gravitatea acesteia:  
nereușită sau respingere la școală,  
relații proaste cu familia, probleme de  
comportament.

Acționați în conformitate cu  
rezultatele evaluării dar:

**NU SUBESTIMAȚI NICIODATĂ  
TOXICITATEA NICI UNUI PRODUS**

**INFORMAȚI ÎNTOTDEAUNA  
PACIENȚII ASUPRA EFECTELOR ȘI  
CONSECINȚELOR**

## Medicul în fața unei solicitări de dezintoxicare

### REȚINEȚI:

Nu există o schemă terapeutică unică pentru realizarea dezintoxicării.

### FIȚI PRUDENT ATUNCI CÂND:

Vi se adresează o solicitare de dezintoxicare de către un pacient care, deși abuzează de anumite substanțe, nu este dependent.

Există posibilitatea provocării unei dependențe iatrogene la o persoană care, deși a încercat heroina și/ sau cocaina, nu este încă dependentă de aceste substanțe.

Un toxicoman face o cerere de dezintoxicare care dumneavoastră vi se pare serioasă. Este vorba despre o solicitare care, dacă o acceptați, va presupune pentru dumneavoastră TIMP și DISPONIBILITATE.

Prototipul este o cerere de dezintoxicare de opiacee. Dezintoxicarea de droguri care nu creează dependență fizică cu are sens.

O dezintoxicare fizică stabilită în cursul unei singure întrevederi are puține șanse de succes.

EVALUAȚI solicitarea, convingerea toxicomanului în raport cu hotărârea și proiectele sale de viitor.

Aflați MOTIVELE care l-au determinat pe toxicoman să vă consulte. Prognosticul va fi legat în mod direct de gradul de motivare și de disponibilitatea de a urma programul de dezintoxicare.

NU VĂ ANGAJAȚI SUB PUTEREA IMPULSULUI.

## CRITERII DE BAZĂ ÎN ORIENTAREA PROCESULUI DE DEZINTOXICARE

Nu există o schemă terapeutică unică; este necesară adaptarea la caracteristicile fiecărui pacient.

Atunci când nu există sprijin familial adecvat, sau există o istorie toxicologică complicată, patologie organică și /sau psihică gravă sau încercări repetate de dezintoxicare ambulatorie, se va recomanda DEZINTOXICAREA ÎN CADRUL SPITALULUI

Dezintoxicarea ambulatorie de opiacee

Durează aproximativ 10 zile.

Este recomandată supravegherea de către un asistent medical, prin intermediul unor vizite la domiciliu.

Nu se recomandă vizitele sau ieșirile fără însoțitor.

Dacă este necesar, se va solicita sprijinul echipei specializate (a se vedea fișa nr. 10).

Nu trebuie administrată medicație pe cale parenterală.

Tratamentul de dezintoxicare, presupune lucrul în echipă pluridisciplinară.

Nu există o schemă terapeutică unică; este necesară adaptarea la caracteristicile fiecărui pacient.

Presupune un grad important de implicare din partea familiei; acest lucru înseamnă controlarea medicației și, mai ales, consumul anumitor substanțe, însoțirea pacientului în cursul ieșirilor când acesta primește vizite.

Asistentul medical este, de multe ori, primul contact al pacientului cu serviciile de sănătate; de acesta poate depinde ca pacientul să adopte de la început o atitudine mai deschisă și mai orientată către colaborare.

# MODELE FARMACOLOGICE ORIENTATIVE

## DEZINTOXICAREA DE OPIACEE

DEZINTOXICAREA TREBUIE CONDUSĂ DE SPECIALIȘTI ÎN CENTRE AUTORIZATE, IAR MEDICII DE FAMILIE TREBUIE SĂ ÎNDRUME PACIENȚII CĂTRE CENTRELE DE DEZINTOXICARE ACREDITATE DE MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI FAMILIEI

Se poate face dezintoxicare bazată pe tratament nonsubstitutiv și dezintoxicare bazată pe metadonă, dar mai departe pacienții trebuie îndrumați spre internare în secțiile de dezintoxicare, unde sunt izolați, supravegheați și tratați gratuit.

Există riscuri mari, chiar riscul de deces în cazul aplicării schemei de dezintoxicare cu clonidină la domiciliu.

După terminarea unei cure de dezintoxicare în spital, ei vor reveni la medicul de familie care poate să le prescrie mai departe, dacă este cazul, medicamentele indicate de medicul psihiatru care a făcut evaluarea cazului la externare.

---

## DEZINTOXICAREA DE COCAINĂ

Un număr din ce în ce mai mare de pacienți apelează la serviciile medicale pentru probleme produse de abuzul de cocaină.

Dezintoxicarea acestor pacienți implică acordarea unui sprijin psihoterapeutic specializat, în afara tratamentului medicamentos.

În prezent, se utilizează scheme de tratament cu agoniști dopaminergici (bromocriptina, amantadina) și cu antidepressive ciclice (desipramina, imipramina) Nu se recomandă utilizarea benzodiazepinelor cu acțiune de scurtă durată, din cauza potențialului ridicat de a dezvolta dependență.

CONSULTAȚI-VĂ CU SERVICIILE SPECIALIZATE

---

### ÎN CAZUL UNEI RECIDIVE

Aveți în vedere faptul că dependența de droguri evoluează ca un proces recurent. Este posibil ca pacientul dumneavoastră să necesite un alt tip de tratament.

Consultați-vă cu o echipă de specialiști

DEZINTOXICAREA ESTE DOAR O VERIGĂ DINTR-UN LANȚ CARE PRESUPUNE ȘI DEZOBIȘNUIREA ȘI REABILITAREA.

**Criterii de bază pentru asumarea răspunderii tratamentului unui toxicoman**

Primul principiu este cel al voinței: nu puteți începe tratamentul împotriva voinței toxicomanului.

Lămuriți în ce constă exact solicitarea pe care vi-o adresează pacientul dumneavoastră.

Nu vă creați false speranțe dacă nu pacientul este cel care solicită acest ajutor.

Oferiți-vă întotdeauna colaborarea pentru viitoare proiecte terapeutice.

Chiar dacă nu depinde de dumneavoastră soluționarea, nu pierdeți din vedere complexitatea problemei și încercați să țineți seama de aspectele psihologice, somatice, sociale, de muncă, juridice, etc.

**Aveți permanent în vedere:**

Obiectivele terapeutice finale:

- abstinența totală
- integrarea socială.

**Și nu uitați că:**

Există obiective intermediare extrem de importante pentru îmbunătățirea stării de sănătate și a celei generale a toxicomanului:

- atingerea unor perioade de abstinență cât mai lungi posibil.
- modificarea obiceiurilor care presupun un risc asociat consumului.
- integrarea într-un program de întreținere cu metadonă.
- vaccinarea contra hepatitei B și a tetanosului.

## **FIŞE FARMACOLOGICE**



## **GLOSAR**

**AMFETAMINE**

**BARBITURICE**

**BENZODIAZEPINE**

**CANNABIS**

**COCAINA**

**OPIACEE**

**PRINCIPALE INTERACȚIUNI ÎNTRE  
PRODUSELE FARMACEUTICE**

**ALTE SUBSTANȚE SUSCEPTIBILE DE A  
GENERA DEPENDENȚĂ**

**ADRESE UTILE**

## GLOSAR

### DSM III. Manual diagnostic și statistic al tulburărilor mentale

#### Abuzul de substanțe

##### Criteria diagnostice

- Mod patologic de utilizare
- Deteriorarea activității sociale sau ocupaționale datorate utilizării substanței toxice
- Durata minimă a tulburării de cel puțin o lună.

#### Dependența de substanțe

Este o formă în general mai gravă decât abuzul de substanțe

##### Criteria diagnostice

- Prezența toleranței sau a sevrajului
- În cazul alcoolului sau a cannabisului, sunt necesare de asemenea:
  - o Modul patologic de utilizare sau
  - o Deteriorarea activității sociale sau ocupaționale datorate utilizării substanței respective.

#### Toleranța

Necesitatea de a mări în mod semnificativ cantitatea de substanță pentru a obține efectele dorite, sau diminuare semnificativă a efectelor atunci când se utilizează în mod obișnuit aceleași doze.

#### Toleranță încrucișată

Fenomen prin care auto-administrarea unui drog duce la apariția toleranței, nu numai la acel drog, ci de asemenea la altul din același și uneori din alt grup farmacologic.

#### Sindrom de abstenență sau sevrajul

Sindrom specific fiecărei substanțe toxice, care apare atunci când se întrerupe sau se reduce cantitatea administrată, după un consum regulat anterior care provoacă inducerea unei stări somatice de intoxicare.

#### Modul patologic de utilizare

În funcție de clasa de substanțe toxice, acesta se poate manifesta ca: intoxicație pe parcursul întregii zile, incapacitate de a reduce sau a renunța la utilizarea substanței, eforturi repetate pentru a controla consumul prin intermediul unor perioade de abstenență temporară sau restricționare a utilizării în cursul anumitor momente din zi, continuarea administrării substanței în ciuda faptului că subiectul este conștient că astfel se exacerbează afecțiunile sale somatice grave, necesitatea de a utiliza zilnic substanța toxică pentru alcoolici, supradozarea în cazul opiaceelor).

Deteriorarea statutului ocupațional și social datorat modului patologic de utilizare a substanței

- Relațiile sociale se pot deteriora deoarece subiectul nu-și îndeplinește obligațiile față de prieteni și rude, ca rezultat al atitudinilor excentrice și impulsive și al exprimării inadecvate a sentimentelor agresive. Subiectul poate avea probleme juridice din cauza stării de intoxicare sau datorită unor delictelor pe care le poate comite cu scopul de a obține bani pentru achiziționarea substanței.
- Activitatea ocupațională va fi apreciată ca afectată, dacă individul lipsește de la birou sau de la școală sau eventual dacă din cauza stării de intoxicare nu este capabil să desfășoare o activitate eficientă.
- Adesea persoanele care dezvoltă o tulburare ca urmare a consumului de substanțe toxice, prezintă tulburări de personalitate pre-morbide și tulburări afective.

### **Acțiune farmacologică**

Este produsă de orice substanță chimică care poate interacționa cu un organism viu.

### **Indicație terapeutică**

Administrarea în acele situații în care produsul farmaceutic și-a demonstrat eficacitatea clinică.

### **Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)**

Situație care face posibilă obținerea (legală) a produsului farmaceutic și care se reglementează prin acte normative referitoare la eliberarea și utilizarea diferitelor substanțe.

Disponibilitatea într-un sens mai amplu, mai ales în cazul drogurilor al căror consum este ilegal, se apreciază și în funcție de cantitatea de drog existentă pe piața neagră.

## **AMFETAMINE**

### **Acțiune farmacologică**

Stimulante ale activității sistemului nervos central.

### **Indicație terapeutică**

Actualmente, nu se justifică prescrierea acestora, decât în cazuri foarte precise, în care stabilirea tratamentului se face de către specialiști (narcolepsie, sindromul de hiperactivitate cu deficit de atenție, obezitate exogenă).

### **Cale de administrare**

Terapeutică: orală (comprimate și capsule).

Non-terapeutică: orală, injectabilă.

### **Dependența fizică sau somatică**

Poate apărea deși nu toți autorii o acceptă ca atare. Când se utilizează sub formă parenterală (administrare non-terapeutică) se instalează în mod rapid.

### **Dependență psihică**

Da.

### **Toleranță**

Se poate instala în cursul unei perioade de tratament continuu de șase săptămâni, până la trei luni.

### **Sindrom de abținere (sevrăj)**

Da. Se manifestă prin stare de deprimare, de oboseală și tulburări ale somnului.

### **Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)**

Fac obiectul legislației referitoare la psihotrope și majoritatea sunt incluse în Lista II și IV din Convenția de la Viena din 1971.

Se eliberează pe bază de rețetă.

Utilizarea non-terapeutică pe cale orală se face frecvent pentru a potența randamentul fizic și intelectual.

Adesea, se consumă în asociere cu alte droguri.

### **Denumiri vulgare**

Amfeta, bennies, speed

### **Intoxicație acută**

Se caracterizează prin exacerbarea efectelor stimulante centrale, ajungând până la episoade paranoide, stări de panică cu halucinații. Apar efecte adrenergice, palpitații, tahicardie, transpirație, hipertermie și chiar pierderea cunoștinței și moartea.

### **Tratament**

Fundamental simptomatic.

Se va încerca permanent să se asigure un mediu liniștit și relaxant; administrarea de neuroleptice, în caz de agitație sau episod paranoid. Dacă au trecut mai puțin de două ore: lavaj gastric și provocarea vomiei, urmate de administrarea de cărbune activ și diureză indusă cu manitol sau furosemid, pentru facilitarea eliminării.

### **Intoxicație cronică**

Constă în apariția dependenței, cu tendință de dezvoltare a tablourilor psihotice.

### **Specialități farmaceutice**

Anfepramona

- Regenon, capsule de 25 mg.

## **BARBITURICE**

### **Acțiune farmacologică**

Deprimante ale activității sistemului nervos central.

### **Indicație terapeutică**

Actualmente, nu se justifică prescrierea acestora, decât în epilepsie, dat fiind faptul că prezintă o marjă de securitate foarte îngustă, iar riscul de a crea dependență este crescut; de asemenea, există alte produse farmaceutice cu eficacitate clinică similară și un nivel de inocuitate mai mare.

### **Cale de administrare**

Terapeutică: orală (capsule, comprimate, soluție, drajeuri), rectală și injectabilă.

Non-terapeutică: orală, injectabilă sau inhalantă.

### **Dependența fizică**

Da.

### **Dependență psihică**

Da.

### **Toleranță**

Se produce rapid.

Există toleranță încrucișată între barbiturice și alcool și între diferite tipuri de barbiturice.

### **Sindrom de abstenență**

Da. Similar sindromului de sevraj alcoolic (greață, vomă, stare de disconfort, insomnie, anxietate și alte simptome de hiper-activitate simpatică).

### **Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)**

Fac obiectul legislației referitoare la psihotrope și majoritatea sunt incluse în Lista III și IV din Convenția de la Viena din 1971.

Se eliberează pe bază de rețetă medicală.

## **Denumiri vulgare**

Barb, caramele, goofballs, peanuts

## **Intoxicație acută**

Se produce în cazul tentativelor de sinucidere, în mod accidental sau în cazul subiecților politoxicomani.

Simptomele cele mai caracteristice sunt: dificultatea de a menține activitatea mentală, tulburări emoționale și afective, care se asociază, în unele cazuri, cu probleme neurologice.

Gravitatea intoxicației se stabilește în funcție de intensitatea deprimării centrale, care poate ajunge până la comă, deprimare respiratorie intensă și chiar moarte.

## **Tratament**

Fundamental simptomatic.

Intubare traheală sau respirație gură la gură (la pacienții cu deprimare respiratorie). Lavaj gastric, urmat de administrarea cărbunelui activ și reținerea bolnavului în cadrul unității de terapie intensivă atât timp cât este necesar, în funcție de timpul mediu de înjumătățire a produsului ingerat.

Se recomandă alcalinizarea urinei.

În situații extreme, hemodializa accelerează eliminarea barbituricelor.

## **Intoxicație cronică**

Se produce ca rezultat al administrării prelungite a dozelor terapeutice.

Se caracterizează prin manifestarea următoarelor simptome: deteriorare a capacității mentale (stare de confuzie, accentuarea instabilității emoționale), tulburări neurologice (amețeală, polinevrită, afectare a echilibrului), accidente la nivel cutanat și al mucoasei (erupții polimorfe) Aceste manifestări clinice sunt similare celor observate în cazul alcoolismului.

## **Specialități farmaceutice**

Amobarbital

- Dormital 100 mg, comprimate

Fenobarbital

- Fenobarbital 100 mg, 15 comprimate și injecții cu 40 sau 200 mg
- Gardenol comprimate

## BENZODIAZEPINE

### Acțiune farmacologică

Deprimante ale activității sistemului nervos central.

### Indicații terapeutice

Anxietate și insomnie: produc un efect anxiolitic și un efect hipnotic, în funcție de doza administrată. Pentru utilizarea ca inductoare ale somnului, se preferă benzodiazepinele moderne, cu timp de înjumătățire mai scurt, în timp ce pentru tratamentul anxietății se recomandă cele cu timp de înjumătățire mai prelungit.

Prescrierea trebuie să fie temporară, investigându-se cauza de bază.

Unele forme de epilepsie, ca de exemplu convulsiile generalizate (clonazepam) și *status epilepticus* (diazepam intravenos).

Manifestări acute ale sindromului de abstenență alcoolică (diazepam intravenos).

Spasticitate musculară, atunci când spasmul muscular este intens și cu puternice repercursiuni funcționale.

### Cale de administrare

Terapeutică: orală (comprimate, capsule, tablete, drajeuri, pliculețe, soluție), rectală și injectabilă.

Non-terapeutică: orală, injectabilă.

### Dependența fizică

Da. Se produce la doze mari, administrate pe perioade prelungite. Se instaurează mai rapid în cazul celor cu timp de înjumătățire mai scurt.

### Dependență psihică

Da.

### Toleranță

Se manifestă prin necesitatea de a mări dozele pentru a induce somnul sau a menține o ameliorare simptomatică.

Apariția acesteia este variabilă. Acest fenomen este unul dintre principalele motive pentru care se recomandă limitarea perioadei de utilizare a acestor compuși.

Există toleranță încrucișată cu alcool și cu alte deprimante ale sistemului nervos central.



## **Sindrom de abstință**

Da. Similar cu cel care se manifestă în cazul ingerării de barbiturice și alcool.

## **Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)**

Fac obiectul legislației referitoare la psihotrope și majoritatea sunt incluse în Lista IV din Convenția de la Viena, din 1971.

Se eliberează pe bază de rețetă.

S-a constatat că, benzodiazepinele sunt utilizate în mai mare măsură de către femei decât de către bărbați, în special de către populația de vârstă înaintată. Este binecunoscută utilizarea produsului flunitrazepam și a altor compuși de către heroinomani, pentru a atenua sindromul de abstință.

## **Denumiri vulgare**

Downs, trancs.

## **Intoxicație acută**

Supradozarea benzodiazepinelor este rareori letală, dar poate fi periculoasă atunci când se folosesc în asocieră cu alte deprimante ale sistemului nervos central, dată fiind potențarea efectelor.

Printre simptome se numără: somnolență, stare de prostrație și relaxare musculară marcată. Administrate pe cale intravenoasă rapid, pot produce hipotensiune și deprimare respiratorie, dar capacitatea letală rămâne în continuare redusă.

## **Tratament**

Simptomatic: dacă nu există risc de convulsii sau pierdere a cunoștinței, se recomandă lavaj gastric sau soluție salină (cât de repede posibil). În cazul pacienților în stare de comă, vor trebui luate măsuri de precauție pentru a nu aspira voma.

Corectarea deshidratării.

Nu se recomandă hemodializa.

Antagonist: Flumazenil (DCI) medicament recent autorizat în Spania (martie 1998) cu administrare în mediu spitalicesc; este eficace în intoxicația cu benzodiazepine determinând revenirea din starea de comă.

## **Intoxicație cronică**

Se produce la doze mari, administrate pe perioade prelungite.

Simptomele sunt: tulburări de vedere, diminuarea impulsului sexual, icter, diminuarea tensiunii arteriale, tremor, modificări psihomotorii.

### **Specialități farmaceutice**

#### Alprazolam

- Xanax 0,25 mg., 0,50 mg., 1 mg. comprimate
- Bromazepam 1,5 mg. și 3 mg. capsule
- Calmepam 1,5 mg. și 3 mg. comprimate
- Lexotonil 1,5 mg., 3 mg. și 6 mg. comprimate

#### Clonazepam

- Rivotril 0,5 mg. și 2 mg. capsule
- Glutil 2,5 mg., 10 ml. soluție

#### Clorazepat dipotasic

- Tranxene 5 mg., 10 mg. capsule

#### Clordiazepoxid

- Napoton 10 mg., drajeuri

#### Diazepam

- Diazepam 2 mg. și 10 mg. - comprimate și 10 mg. fiole

#### Flunitrazepam

- Rohipnol 1 mg. comprimate

#### Lorazepam

- Lorivan 1 mg. capsule

#### Medazepam

- Ansilan 5 mg., 10 mg. capsule
- Medazepam 10 mg. capsule
- Rudotel 10 mg. capsule

#### Nitrazepam

- Nitrazepam 2,5 mg., 10 mg. capsule

#### Oxazepam

- Oxazepam 10 mg. capsule

#### Flumazenil

#### Meprobat

- Meprobat 400 mg. capsule

## **CANNABIS**

Planta cannabis sintetizează peste 80 de canabinoide, printre care se numără tetrahidrocanabinolul ( $\Delta^9$  THC) care este principala sa componentă psihoactivă.

### **A acțiune farmacologică**

Deprimant al sistemului nervos central.

### **Indicație terapeutică**

Deși în țara noastră nu se comercializează substanța ( $\Delta^9$  THC), în prezent în unele țări este în curs de evaluare posibila utilitate terapeutică în calitate de agent antiemetic, în tratamentul pacienților care beneficiază de chimioterapie citostatică.

### **Cale de administrare**

Terapeutică: nu se utilizează.

Non-terapeutică: orală, prin inhalare - fumat.

### **Dependența fizică**

Nu s-a descris existența unei veritabile dependențe fizice (a se vedea sindromul de abstenență).

### **Dependența psihică**

Consumul prelungit poate dezvolta dependență psihică, în funcție de caracteristicile individuale și sociale ale individului.

### **Toleranță**

Poate apărea toleranță la anumite efecte. Prezintă toleranță încrucișată cu alcoolul și opiaceele.

### **Sindrom de abstenență**

Întreruperea bruscă a administrării la persoane consumatoare cronic nu produce rapid o simptomatologie de abstenență caracteristică. Se pot observa ușoare simptome care apar la câteva ore și pot dura 4 – 5 zile: anxietate,

iritabilitate, diminuarea apetitului, insomnie, tulburări ale fazelor REM (*rapid eye movements*) ale somnului ...

### **Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)**

Face obiectul legislației referitoare la stupefiante și psihotrope. Cannabisul este inclus în Lista I și IV din Convenția Unică din 1961. Principiul activ  $\Delta^9$  THC tetrahidro-cannabinolul și variantele sale estero-chimice au fost transferate recent din lista I în lista II a Convenției referitoare la substanțele psihotrope, din 1971.

Pe piața neagră este ușor de procurat.

### **Denumiri vulgare**

Hașiș, marihuana, ciocolată, tate, grifa, kif, costo, goma, mierda

### **Intoxicație acută**

Supradozarea cannabinoidelor este rareori letală.

În doze mari, poate provoca crize de anxietate, care în general se diminuează în termen de câteva ore.

Existența unei adevărate psihoze datorate cannabisului este controversată.

### **Tratament**

Ținerea sub observație, într-un mediu liniștit.

### **Intoxicație cronică**

Deși există o mare varietate de studii în domeniu, nu s-a putut ajunge la concluzia că, pe termen lung, consumul cronic ar fi cauza modificărilor psihice sau fizice.

# **COCAINA**

## **Acțiune farmacologică**

Stimulant al sistemului nervos central. Aplicată local, se comportă ca un agent vaso-constrictor și anesteziec local.

## **Indicație terapeutică**

Actualmente, este foarte redusă: se folosește doar ca anesteziec superficial în ORL și oftalmologie.

## **Cale de administrare**

Terapeutică: locală.

Non-terapeutică: diferite căi, în funcție de diferitele moduri de prezentare: inhalare prin fumat, inhalare prin aspirare pe nas și parenterală.

## **Dependența fizică**

Actualmente, se consideră că produce dependență fizică (a se vedea sindromul de abstință).

## **Dependență psihică**

Da. Rapiditatea cu care se instalează depinde de calea de administrare utilizată, fiind mai precoce în cazul utilizării prin inhalarea fumului de țigară sau pe cale parenterală.

## **Toleranță**

Nu s-a stabilit încă.

## **Sindrom de abstință**

Deși mult timp s-a negat existența acestuia, astăzi se consideră că tabloul caracterizat la nivel psihic prin deprimare, încetinirea psihomotorie, letargia, iritabilitatea și tulburări ale somnului, și la nivel somatic prin tulburări de coordonare, senzație de apăsare, tahicardie, amețeli, reprezintă un sindrom autentic de abstință.

## **Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)**

Face obiectul legislației referitoare la stupefiante.

În Lista I: Nu se eliberează legal ca substanță.

În Lista III: Atunci când face parte din preparatele care nu conțin mai mult de 0,1% substanță (B.O.E. 4-XI-81), poate fi eliberată pe bază de rețetă obișnuită, cu excepția cazului în care se prezintă în amestec cu psihotrope care fac obiectul unui regim special.

Pe piața neagră se poate găsi sub formă de: sulfat de cocaină, clorhidrat de cocaină și bază liberă.

## **Denumiri vulgare**

Coca, zăpadă, perica, pasta, crack, free-base, basuko.

## **Intoxicație acută**

Simptomatologia caracteristică unei hiperactivități simpatice: tahicardie, palpitații, transpirație abundentă, hipertermie, hipertensiune arterială, midriază; cât și aritmii și convulsii. Uneori, se observă manifestări delirante acute. Poate produce decesul datorită unui status epilepticus cu obstrucție respiratorie, aritmii sau hemoragie cerebrală.

Consumul se face pe cale intravenoasă sau prin inhalarea fumului de țigară; prezența unei anumite patologii organice preexistente (insuficiență coronariană, hipertensiune, diabet, etc) și administrarea în asociere cu produse simpatomimetice sau cu heroina, potențează în mare măsură posibilitatea apariției complicațiilor.

## **Tratament**

Nu există un antagonist specific. Se poate administra diazepam intravenos, pentru a controla convulsiile, betablocante, pentru complicațiile cardiovasculare și neuroleptice, pentru manifestările psihotice.

## **Intoxicație cronică**

Sunt frecvente modificările endocrine. Chiar la doze care nu produc intoxicație acută se potențează riscul de apariție a unor complicații caracteristice. Alte complicații depind în mare parte de calea de administrare: atrofie sau necroză a mucoasei nazale, în cazul inhalării; simptome respiratorii, în cazul fumătorilor de bază liberă; patologie infecțioasă și leziuni echimotice cu frecvente necroze, în cazul administrării pe cale intravenoasă.

Poate produce puternice modificări ale personalității, inclusiv manifestări delirante, dar manifestările cele mai frecvente sunt tulburările depresive, afectările ciclotimice și probleme de concentrare.

## **Tratamentul dependenței**

Se utilizează tehnici similare celor aplicate în cazul altor toxicomanii. Antidepresivele sunt produsele cele mai utilizate. Actualmente, se studiază modul de utilizare a altor medicamente, de exemplu bromocriptina, amantadina sau litiul.

## **OPIACEE**

### **Acțiune farmacologică**

Deprimante ale sistemului nervos central. Se pot clasifica în: agoniste pure (codeina, meperidina, metadona, heroina, agoniste parțiale (buprenorfina); agoniste/antagoniste (mixte) (pentazocina, butorfanol) și antagoniste pure (naloxona, naltrexona)

### **Indicații terapeutice**

Dureri acute sau cronice.

Diaree acută cu colici dureroase (extras de opiu, difenoxilat, codeină).

Ameliorarea tusei seci, neproductive, care împiedică pacientul să se odihnească (codeină).

Tratamentul intoxicației acute și cronice.

Utilizarea heroinei în scopuri terapeutice este ilegală.

### **Cale de administrare**

Terapeutică: orală (comprimate, capsule, picături, tablete, soluție, drajeuri, pliculețe), rectal și injectabil.

Non-terapeutică: orală, prin inhalarea fumului de țigară, prin inhalarea prin aspirare, injectabilă.

### **Dependența fizică**

Da. Crește în intensitate direct proporțional cu mărirea dozei.

### **Dependență psihică**

Da.

### **Toleranță**

Se dezvoltă rapid, deși pentru unele acțiuni este în funcție de concentrația opiaceului.

### **Sindrom de abstenență (sevrăj)**

Da. Apare atât ca rezultat al întreruperii administrării acestor substanțe, cât și al administrării unui antagonist specific (naloxona) sau a unui agonist – antagonist (pentazocina) (a se consulta Manualul).



## **Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)**

Majoritatea fac obiectul legislației specificate în Convenția Unică, din 1961 referitoare la stupefiante.

Se eliberează pe bază de rețetă pentru stupefiante sau rețetă eliberată de medic

- Eliberarea pe bază de rețetă de stupefiante în formule magistrale și specializate, cu substanțe din Lista I. Formule magistrale și substanțe din Listele II și III.
- Eliberare pe bază de rețetă medicală, pentru specialități farmaceutice care conțin substanțe din Listele II și III.

În prezent, este opiaceul cel mai răspândit pe piața neagră, deși există și o piață clandestină a rețetelor și medicamentelor similare acestei substanțe.

## **Denumiri vulgare**

Heroina: H, horse, cal, white lady, power, sugar, joz, papelina, linea, chute

## **Intoxicație acută**

Se produce de obicei la toxicomani atunci când își administrează drogul cu o puritate superioară celei obișnuite, în general pe cale intravenoasă (i.v.). Simptomele cele mai caracteristice sunt: deprimarea respiratorie, edem pulmonar acut, mioză punctiformă, hipotensiune, cianoză, bradicardie și comă, putând ajunge și la oprirea respirației.

## **Tratament**

Menținerea liberă a căilor respiratorii. Provocarea vomiei, dacă se consideră că a fost administrat pe cale orală. Administrarea i.v. a substanței naloxona reduce gradul de comă și deprimarea respiratorie și cardio-circulatorie produsă de supradoză.

## **Intoxicație cronică**

Consumul continuu de opiacee (agoniști, agoniști parțiali sau agoniști - antagoniști) atrage după sine întotdeauna dezvoltarea dependenței, care se manifestă prin prezența simptomului de abstenență, la întreruperea bruscă a consumului sau când se administrează un antagonist.

Principalele probleme organice derivă în primul rând din utilizarea pe cale parenterală și obiceiul foarte răspândit printre utilizatorii de opiacee de a folosi în comun materialul injectabil: hepatită, SIDA, flebită, endocardită, abcese, candidoze, septicemie.

## **Specialități farmaceutice**

### Fentanyl

- Fentanyl 50 mcg/ml soluție injectabilă

### Metadona

- Sintalgon 2,5 mg comprimate

### Morfina

- Morfină 0,02 g/ 1 ml soluție injectabilă
- Skenan L.P. 10 mg capsule
- Vendal Retard 10, 30, 60, 100 mg comprimate

### Petidina

- Mialgin 2 ml cu 100 .... soluție injectabilă

### Codeină

- Codeină 15 mg comprimate

### Naloxona

- Hidrat de naloxona 0,4 mg / 1 ml soluție injectabilă

### Pentazocină

- Fortral 50 mg comprimate și soluție injectabilă 30 mg

# PRINCIPALELE INTERACȚIUNI ÎNTRE SUBSTANȚELE PSIHOACTIVE

## ALE AMFETAMINELOR CU:

### **Alcool**

Nu se vor administra amfetamine persoanelor cu antecedente de alcoolism, nici simultan cu alcool.

### **Antidepresive triciclice**

Teoretic, potențează efectul amfetaminelor, deși nu există dovezi clinice în acest sens. În orice caz, trebuie evitată administrarea în asociere.

### **Barbiturice**

Amfetaminele întârzie absorbția intestinală a unor barbiturice, ca de exemplu fenobarbital, atunci când se administrează în asociere.

### **Benzodiazepine**

Antagonizează efectul excitator al amfetaminelor asupra sistemului nervos central (SNC). Diazepamul este considerat eficace în tratamentul hiperactivității care se manifestă în intoxicația cu amfetamine.

### **Bicarbonat de sodiu**

În doze mari, bicarbonatul inhibă eliminarea amfetaminelor, ceea ce ar putea potența efectul acestora asupra SNC.

### **Carbonat de litiu**

Litiul poate inhiba efectele amfetaminelor. Nu se cunoaște mecanismul.

### **Haloperidol**

Teoretic, haloperidolul poate inhiba efectele amfetaminelor, deși nu există dovezi clinice în acest sens.

### **Inhibitori ai Monoaminoxidazei (IMAO)**

Nu se vor administra amfetamine în timp ce se face tratament cu IMAO și nici timp de 14 zile de la întreruperea acestuia.

## **Opiacee**

Potențează efectele amfetaminelor, atunci când sunt administrate în asociere.

## **ALE BARBITURICELOR CU**

### **Analgezice narcotice**

Barbituricele pot mări toxicitatea meperidinei și reduce efectul metadonei; de aceea este necesar să se adapteze doza ambelor produse atunci când sunt administrate în asociere.

### **Corticoide**

Își pot pierde eficacitatea terapeutică atunci când se administrează pe cale sistemică împreună cu barbituricele. Se recomandă evitarea acestei asocieri, fie înlocuind barbituricul cu o benzodiazepină, fie mărirind doza de corticosteroizi în funcție de evoluția clinică a pacientului.

### **Deprimante ale sistemului nervos central**

Administrarea în asociere a barbituricelor cu unele substanțe deprimante ale SNC, ca de exemplu etanol, hipnotice sedative, analgezice narcotice, benzodiazepine și antihistaminice, poate provoca deprimarea SNC prin sedare excesivă, deprimare respiratorie și comă, în funcție de dozele utilizate.

### **Fenilbutazona**

Barbituricele ar putea reduce concentrațiile serice de fenilbutazonă, deși se pare că nu este necesar să se evite administrarea în asociere a acestor două produse.

### **Teofilina**

Barbituricele pot diminua concentrațiile serice ale teofilinei care, în unele cazuri, ar provoca o reducere a răspunsului terapeutic.

## **ALE BENZODIAZEPINELOR CU:**

### **Alcool**

Administrarea asociată produce potențarea efectelor deprimante asupra sistemului nervos central (SNC) și în special asupra activității motorii. Trebuie evitat consumul de alcool atunci când se administrează benzodiazepine.

### **Anticoncepționale**

Administrarea în asociere a anticoncepționalelor sau a altor preparate care conțin estrogeni cu anumite benzodiazepine ar putea duce la acumularea acestora din urmă. De asemenea, există date conform cărora unele benzodiazepine, ca de exemplu temazepam, pot interacționa cu anticoncepționalele în sens invers, adică reducând efectul anxiolitic.

### **Cimetidina**

Poate mări nivelele serice ale diferitelor benzodiazepine, prin faptul că inhibă metabolismul acestora din urmă. Modifică metabolismul diazepamului, clordiazepoxidului, desmetilzepamului și probabil al alprozolamului și triazolamului, deși din unele studii reiese că ar putea interacționa și cu alte benzodiazepine.

### **Heparina**

Poate provoca creșterea nivelului fracțiunii libere plasmatice a benzodiazepinelor, ceea ce poate genera pericolul de deprimare a SNC.

### **Levodopa**

Se pare că benzodiazepinele exacerbează parkinsonismul unor pacienți tratați cu levodopa. Nu se cunoaște mecanismul.

### **Opiacee**

Potențază efectul unor benzodiazepine ca de exemplu diazepam, producând o creștere a deprimării SNC. Nu trebuie administrate în asociere.

### **Tutunul**

Fumătorii se pot dovedi rezistenți la efectele benzodiazepinelor, datorită faptului că tutunul crește gradul de metabolizare al acestora la nivelul ficatului.

## **ALE COCAINEI CU**

## **Adrenalina**

Efectele simpaticomimetice ale cocainei și adrenalinei se potențează reciproc. Este preferabil să nu se administreze concomitent.

## **Benzodiazepine**

Benzodiazepinele, în special diazepamul, reprezintă tratamentul de elecție în cazul convulsiilor secundare care se manifestă în supradozarea cocainei.

## **Guanetidina**

Din unele studii efectuate pe animale, reiese că substanța cocaină poate antagoniza efectele guanetidinei; încă nu s-au efectuat studii pe oameni.

## **Inhibitori ai monoaminoxidazei (IMAO)**

Va trebui să se procedeze cu precauție atunci când se utilizează cocaina împreună cu alte produse farmaceutice care potențează acțiunea catecolaminelor, ca de exemplu IMAO.

## **ÎNTRE OPIACEE ȘI**

### **Alcool**

Se poate produce o importantă deprimare a SNC atunci când se administrează în asociere opiacee și cantități mari de alcool. Valorile plasmatice ale alcoolului, peste 500 mg/100 ml, este posibil să provoace coma și decesul subiectului.

### **Cocaina**

Antagonizează efectele opiaceelor. Nu sunt rare combinațiile de cocaină-heroină între dependenții de droguri cu scopul de a diminua efectele euforizante ale cocainei sau cu scopul de a diminua efectele deprimante ale heroinei.

### **Fenitoina**

Fenitoina acționează ca un inductor al sistemelor enzimatice microzomale; s-a observat că eliminarea metabolizilor metadonei crește în mod semnificativ în cursul tratamentului cu fenitoină. Pacientul trebuie supus testelor clinice, dat fiind faptul că este posibilă producerea unui sindrom de abstenență acută.

## **Inhibitori ai monoaminoxidazei (IMAO)**

Meperidina și, în măsură mai mare, alte analgezice narcotice, interacționează cu IMAO. Simptomele sunt în general: agitația, transpirația intensă, rigiditatea și hipertensiunea; de asemenea s-a constatat comă, probabil datorită potențării efectelor meperidinei.

### **Propanolol**

Potențează toxicitatea opiaceelor, prin intermediul unui mecanism necunoscut.

### **Rifampicina**

Rifampicina reduce nivelele plasmaticice de metadonă. Este extrem de important să se țină seama de această interacțiune în cazul pacienților supuși tratamentului de dezintoxicare sau întreținere cu această substanță, deoarece poate apărea un sindrom de abstenență.

# ALTE SUBSTANȚE CU POTENȚIAL DE ABUZ

## TRIHEXIFENIDIL

### Acțiune farmacologică

Anticolinergică. Acționează prin antagonizarea competitivă a acțiunii acetilcolinei (neurotransmițător) la nivelul receptorilor muscarinici centrali. În doze mari, poate stimula sistemul nervos central.

### Indicații terapeutice

Antiparkinsonian: fazele inițiale ale maladiei Parkinson. Tratamentul efectelor extrapiramidale induse de alte medicamente (de exemplu antipsihotice).

### Cale de administrare

Terapeutică: orală (cea mai frecventă).  
Non-terapeutică: orală.

### Dependența fizică

Nu s-a constatat.

### Sindrom de abstenență

La întreruperea bruscă a unui tratament prelungit, poate produce o recrudescență a simptomatologiei maladiei tratate și simptome ca de exemplu: anxietate, dificultăți de vorbire sau înghițire, pierderea echilibrului, neliniște și dificultate de a adormi.

### Toleranță

După mai multe zile de tratament, poate apărea o anumită toleranță la unele efecte anticolinergice periferice, ca de exemplu senzația de uscăciune a gurii, constipație, retenție urinară, etc.

### Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)

Se eliberează pe bază de rețetă medicală obișnuită.



## **Intoxicație acută**

Afectează în primul rând sistemul cardiorespirator și sistemul nervos central. Se caracterizează prin stimularea centrală urmată de deprimare, stări psihotice cu dezorientare, incoerență, confuzie, halucinații - în special vizuale, ataxie, agitație, lipsă de coordonare musculară, stupoare, fotofobie, creșterea temperaturii corporale, anhidrozis, rubor cutanat, diminuarea sau absența reacțiilor intestinale, tahicardie, convulsii, deprimare respiratorie, colaps cardiorespirator.

## **Tratament**

În intoxicații pe cale orală, trebuie provocată voma cu maximă promptitudine, se va proceda la lavaj gastric și se va administra cărbune activ.

Se recomandă monitorizarea continuă electrocardiografică, a pulsului, respirației și temperaturii corporale (adesea supradoza produce hipertermie).

Ca antidot al simptomatologiei anticolinergice periferice și centrale, se va administra FIZOSTIGMINA. Adulți: 1 – 3 mg pe cale I.V. lentă, timp de trei minute. Copii: inițial 0,5 mg, adaptând doza până la un maxim de 2 mg, se va repeta, în caz de nevoie, la 20 – 60 minute.

Convulsiile se pot trata cu Diazepam administrat intravenos. În caz de deprimare respiratorie, se poate recurge la respirație artificială cu administrare de oxigen.

# **METILFENIDAT**

## **Acțiune farmacologică**

Stimulare a sistemului nervos central, similar cu amfetaminele.

## **Indicații terapeutice**

Se utilizează împreună cu alte mijloace ne farmaceutice (psihologice, sociale, etc.) în tulburările datorate deficitului de atenție la copiii cu hiperkinezie. Narcolepsie.

## **Cale de administrare**

Terapeutică: orală (comprimate).

Non-terapeutică: orală.

## **Dependența fizică**

Da.

## **Dependența psihică**

Da.

## **Sindrom de abstenență**

Întreruperea bruscă a unui tratament prelungit poate da naștere unui sindrom de abstenență.

## **Toleranță**

Se poate produce după un tratament prelungit, timp de mai multe luni.

## **Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)**

Se eliberează cu rețetă medicală.

Figurează în lista II din Convenția de la Viena din 1971, referitoare la substanțele psihotrope.

## **Intoxicație acută**

Se caracterizează în primul rând printr-o suprastimulare a sistemului nervos central, însoțită de simptomatologie simpaticomimetică acută: vomă, agitație, confuzie, euforie, hiperreflexie, tahicardie, hipertermie, convulsii, aritmii cardiace, comă.

## **Tratament**

Nu există un antidot specific. Tratamentul este simptomatic și de susținere. Se va proceda imediat la golirea stomacului prin lavaj gastric. Se vor monitoriza funcțiile respiratorie și circulatorie. În intoxicațiile severe, se va administra un barbituric cu acțiune de scurtă durată.

# PEMOLINA

## Acțiune farmacologică

Stimulare a sistemului servos central.

## Indicații terapeutice

Se utilizează împreună cu alte mijloace ne farmaceutice (psihologice, sociale, etc.) în tulburările datorate deficitului de atenție la copii cu hiperkinezie Narcolepsie.

Epuizare psihică și fizică.

## Cale de administrare

Terapeutică: orală (comprimate, suspensie).

Non-terapeutică: orală.

## Dependența

Dată fiind similitudinea cu alte psihostimulente, se poate considera că pemolina este susceptibilă de a produce dependență fizică și psihică.

## Mod de eliberare a produsului (farmaceutic)

Se eliberează cu rețetă medicală. Figurează în lista IV din Convenția de la Viena din 1971, referitoare la substanțe psihotrope.

## Intoxicație acută

Se caracterizează în primul rând printr-o suprastimulare a sistemului nervos central, însoțită de simptomatologie simpaticomimetică: vomă, agitație, confuzie, euforie, hiperreflexie, tahicardie, hipertermie, convulsii, aritmii cardiace, comă.

## Tratament

Nu există un antidot specific. Tratamentul este simptomatic și de susținere. Se va proceda imediat la golirea stomacului prin lavaj gastric. Se va monitoriza funcția respiratorie și cea circulatorie.

Programul UE – PHARE  
Lupta împotriva drogurilor

Editat de Ministerul de Interne prin Centrul de Resurse Juridice  
Data publicării: Noiembrie 2002

Conținutul acestui material nu reprezintă neapărat poziția oficială a Uniunii  
Europene