

Atención al Paciente Cocainómano

M^a Luisa Celorrio Bustillo^a

^a Unidad de Conductas Adictivas de Albacete.

Correspondencia:
M^a Luisa Celorrio Bustillo.
Unidad de Conductas Adictivas,
C/ Miguel López de Legazpi,
2, 02005 – Albacete.
Tfno.: 967 21 52 76.

Recibido el 14 de mayo de 2007.

Aceptado para su publicación el 31 de mayo de 2007.

RESUMEN

Los pacientes con una adicción a cocaína con frecuencia se resisten a tomar contacto con un centro especializado para pedir ayuda a su problema, a no ser que tengan una motivación alta para dejar de consumir. Sin embargo, la Atención Primaria es la puerta de entrada de la Sanidad Pública y en algún momento dicho paciente acudirá para pedir tratamiento de alguna enfermedad común o para solicitar información sobre su problema de consumo.

El profesional de Atención Primaria debe estar preparado y formado para realizar este tipo de intervención, ya que la actuación en una primera consulta con un adicto a cocaína puede ser crucial, debido a que un rasgo típico del paciente es la tendencia a juzgar y valorar los conocimientos que el médico posee antes de depositar su confianza en él. El médico de familia tiene la capacidad de dar una información objetiva y motivar para que inicie tratamiento si el paciente lo precisa.

Palabras clave. Cocaína. Trastornos relacionados con cocaína.

ABSTRACT

Healthcare of cocaine-dependent patients

Cocaine-dependent patients are often resistant to seeking help at specialised centres, unless they have really decided to give up their drug consumption. However, Primary Care is the port of entrance to the Public Health system and at some time or other such patient will go to the Primary Care doctor due to some common illness or to seek information on their drug abuse problem.

The Primary Care professional must be well prepared and trained for treating this kind of patient. How the cocaine addiction patient is managed at the first visit is crucial because these patients tend to judge and assess the doctor's knowledge before placing their trust in him/her. The family doctor must be able to give objective information and encourage the patient to start treatment if so needed.

Key words. Cocaine. Cocaine-related disorders.

INTRODUCCION

Los pacientes con una adicción a cocaína con frecuencia se resisten a tomar contacto con un centro especializado para pedir ayuda a su problema, a no ser que tengan una motivación alta para dejar de consumir. Sin embargo, la Atención Primaria es la puerta de entrada de la Sanidad Pública y en algún momento dicho paciente acudirá para pedir tratamiento de alguna enfermedad común o, por qué no, para pedir información sobre su problema de consumo.

Por este motivo, el profesional de Atención Primaria debe estar preparado y formado para realizar este tipo de intervención, ya que la actuación que tengamos en una primera consulta con un adicto a cocaína puede ser crucial, debido a que un rasgo típico del paciente es la tendencia a juzgar y valorar los conocimientos que el médico posee antes de depositar su confianza en él. Según Caballero, las tareas específicas que el médico de familia puede realizar en las adicciones a cocaína son: valoración, orientación, prevención, detección precoz e inicio de tratamiento de la cocainomanía.

El médico de familia tiene la capacidad de dar una información objetiva y motivar para que inicie tratamiento si el paciente lo precisa. Es importante explorar el tipo de consumo con una historia toxicológica adecuada, identificando el patrón de consumo actual. Hay que conocer que este tipo de paciente tiende a minimizar, mentir y autoengañarse. La frase que más se oye en un centro de conductas adictivas diariamente es "yo controlo", por este motivo tendremos que ser cautos y habilidosos en el estilo de preguntar en la entrevista, demostrando que conocemos la enfermedad, al mismo tiempo que no prejuzgamos, teniendo siempre una actitud empática y de ayuda.

Como posteriormente explicaré, el hecho de que el paciente sea capaz de tener un consumo intermitente con periodos de abstinencia y recaídas posteriores es algo habitual en consumidores compulsivos.

¿Qué nos puede hacer sospechar que existe consumo?

La pérdida de control en el consumo, situaciones financieras inestables, relaciones personales difíciles junto con un cuadro de euforia, prepotencia, agresividad, hiperactividad, insomnio y desconfianza con resaca depresiva ("crash"), aunque no presente aparentemente ningún problema de salud, nos puede hacer sospechar de consumos de cocaína en un paciente, así como la demanda de ayuda por parte de sus familiares.

La familia de un consumidor, por lo general, esta afectada y alarmada, ya que percibe un cambio en la conducta y en el estilo de vida del paciente, con periodos de ausencia por el consumo y prolongada estancia en la cama para recuperarse después, así como dificultad en la relación, buscando con frecuencia la discusión como disculpa para un nuevo alejamiento y consumo. Es importante trabajar con la familia, orientando sobre la actitud a tener e informar sobre el proceso adictivo.

Espero que la revisión que voy a realizar a continuación sobre la cocaína, modalidades de consumo, patrones de uso, efectos agudos y crónicos, complicaciones médicas y psiquiátricas y tratamiento, sea de interés y utilidad a la hora de realizar una intervención desde los Equipos de Atención Primaria.

CONCEPTOS BASICOS

La cocaína es el principio activo que se extrae de las hojas del *erithroxylon coca*, arbusto que se cultiva en Centro y Sudamérica. Los indígenas la utilizaban mascando la hoja de coca, tanto en sus ritos religiosos como para trabajar, consiguiendo una gran resistencia

a la fatiga, al frío y al hambre.

En 1860 se aísla el principal alcaloide, denominándolo cocaína. Sigmund Freud y el neurólogo Mantegazza hacen apología del producto en diferentes ensayos. El químico A. Mariani patenta el "vino Mariani", el cual era un vino con extracto de coca diluido, llegando a ser la bebida más popular en Europa. En 1886 se idea la fórmula de la Coca-cola.

A principios del Siglo XIX los médicos publican artículos sobre la toxicidad de la cocaína y la capacidad adictiva. Los responsables de la Coca-cola sustituyen la cocaína por cafeína. En 1914, el Congreso Americano declara ilegal la cocaína en su Acta Harrison sobre narcóticos. Se desprestigia tanto esta sustancia que desde 1920 a 1960 el uso es muy escaso y sólo se reduce a pequeños grupos de artistas.

Hay un periodo donde hay ambigüedad con respecto a los efectos de la cocaína, incluso en instituciones médicas y psiquiátricas, hasta 1994, cuando la Asociación Americana de Psiquiatría en su "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) establece ya claramente para la cocaína criterios diagnósticos de abuso, dependencia, intoxicación y Síndrome de Abstinencia. Sin embargo, la primera descripción clínica completa de la cocainomanía fue publicada por Erlenmeyer en 1885.

Freud publica en 1884 "Über coca", ensalzando los efectos de la cocaína y siendo objeto de serias críticas. En 1885 tuvo que escribir otra publicación en la que cambiaba su opinión acerca del carácter inofensivo de la cocaína. En 1925 Meyer describe detalladamente la clínica de la psicosis cocaínica.

A principios de 1980 la cocaína estaba considerada como una droga poco peligrosa, sin embargo, a partir de 1980 existe un aumento considerable del consumo, no siendo reservado para una élite y pasando a lo que se ha considerado la tercera epidemia en EE.UU.. La investigación neurobiológica, epidemiológica y clínica sobre la cocaína, desde entonces hasta nuestros días, apoya (DSM-IV) el concepto de abuso-dependencia, así como de peligrosidad del consumo.

FORMAS DE CONSUMO (tabla 1)

Clorhidrato de cocaína

Es la coca refinada. Se trata de un polvo blanco que puede esnifarse, fumarse con tabaco, disolverse en agua para inyectarse por vía intravenosa o aplicarse directamente en las mucosas.

Freebase (base libre)

Es clorhidrato de cocaína disuelta en una base fuerte (amoníaco o bicarbonato sódico). Produce formas básicas de aspecto gelatinoso que pueden fumarse por calentamiento.

Crack

Pariente de la base libre ya preparada para ser fumada en forma microcristalizada (piedras). Es me-

nos frecuente en España que en EE.UU., aunque su uso va en aumento.

La cocaína que se vende en España tiene una pureza de alrededor del 25-50%. El resto son adulterantes como azúcares (glucosa, lactosa, manitol) anestésicos locales (procaína, lidocaína) y otros (talco, anfetaminas, quinina y heroína).

Presentación	VIA	COMIENZO	EFFECT. MAX.	DURACION
Clorhidrato	Esnifada	3'-5'	15'-30'	45'-60'
	Intravenosa	Inmediato	7'	10'-20'
Free Base	Fumada	Inmediato	7'	≥ 10'
Crack	Fumada	Inmediato	7'	≥ 10'

Tabla 1. Formas de consumo de cocaína.

ESTADIOS EN LA PROGRESIÓN DE LA ADICCIÓN**Uso experimental**

Esta motivado por la curiosidad, invitación, presión social o por el deseo de compartir una experiencia placentera. Éste es el estadio de "Luna de miel". Dura más o menos dependiendo de la dosis y vía de administración.

Uso regular

La cocaína empieza a ser un hecho regular en el estilo de vida del sujeto, el cual planea su consumo en situaciones especiales (cumpleaños, feria, navidad...), que cada vez aparecen con más frecuencia. En algún momento se cruza la barrera invisible hacia la dependencia y el uso compulsivo.

Uso adictivo

Cuando una persona pierde el control sobre el uso de la cocaína y ya no puede escoger entre utilizarla o no, se ha convertido en un adicto. Según la NIDA la cocaína esnifada produce dependencia en más o menos 3 años. La adicción no se define por la frecuencia o la cantidad del consumo, sino por el papel que el consumo juega en la vida del individuo y por su relación patológica obsesiva con la droga.

CRITERIOS DIAGNÓSTICO SEGÚN DSM-IV-TR DE DEPENDENCIA

Un patrón desadaptativo de consumo de cocaína que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento del periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con el consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los ítems siguientes:
 - a. El síndrome de abstinencia característico de la cocaína.
 - b. Se toma cocaína o una sustancia parecida para evitar la abstinencia.
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de cocaína.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relaciona-

das con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia (por ejemplo consumir una y otra vez) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de cocaína (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de sentirse deprimido después, etc.)

CRITERIOS DE ENFERMEDAD

1. Diagnosticable (DSM-IV-TR).
2. Primaria y causante de otros trastornos médicos y psiquiátricos (HTA, insomnio, pérdida de peso, convulsivas, crisis ansiedad, depresión).
3. Predecible de uso progresivo. La enfermedad por cocaína es crónica, nunca remite y se hace progresivamente más severa si no se trata. Aunque llegue a mantenerse abstinente durante un largo tiempo, sufrirá de nuevo los síntomas de la adicción al contactar otra vez con la droga. Los adictos no tendrán una segunda "luna de miel" con la cocaína.
4. Tratable.

INTOXICACIÓN AGUDA

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de intoxicación por cocaína:

- A. Consumo reciente de cocaína.
- B. Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, euforia o afectividad embotada, aumento de la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o cólera, comportamientos estereotipados, deterioro de la capacidad de juicio o deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante, o poco tiempo después, del consumo de cocaína.
- C. Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína: taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, aumento o disminución de la tensión arterial, sudación o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso demostrable, agitación o retraso psicomotores, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas, confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica si se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

La sobredosis es más frecuente que aparezca por la vía intravenosa, aunque puede aparecer en cualquiera de las formas de consumo. Puede aparecer súbitamente la muerte por fallo cardíaco o shock, por fallo respiratorio y asfixia tras un cuadro convulsivo. En ocasiones la cocaína altera los mecanismos de termorregulación, provocando hipertermia con fiebre alta, convulsiones y muerte.

INTOXICACIÓN CRÓNICA

Hay diferentes factores que facilitan el uso crónico de la cocaína:

1. Rápido efecto y breve duración. La cocaína accede rápidamente al cerebro, produciendo una intensa euforia, pero el efecto desaparece rápidamente.
2. Crash. Tras la euforia aparece un estado de depresión y malestar. Esto hace aparecer un intenso deseo de volver a consumir, favoreciendo la cronicidad del consumo.
3. Tolerancia. Se van necesitando cada vez dosis más altas para conseguir el mismo efecto.

En todos los consumidores crónicos se alcanza un punto en que la cocaína ya no produce sensaciones placenteras, sino solamente sensaciones desagradables, pero la compulsión a reencontrar los efectos que recuerdan los impulsa a continuos e inútiles esfuerzos para conseguirlo.

EFFECTOS AGUDOS DE LA COCAINA

1. Sensación de bienestar. Euforia.
2. Mayor sensación de energía.
3. Mayor agudeza mental.
4. Menor fatigabilidad.
5. Mayor conciencia sensorial (visual, auditiva, táctil, sexual). Aumento de la autoestima y egocentrismo.
6. Prepotencia, agresividad, hiperactividad, insomnio.
7. Mayor ansiedad y desconfianza.
8. Anorexia.
9. Síntomas físicos de una descarga simpática generalizada: taquicardia, hiperglucemia, midriasis, hipertermia, vasoconstricción, etc.
10. Posibilidad de brote psicótico o ataque de pánico.
11. Crash (quebranto general y resaca depresiva).

EFFECTOS CRONICOS DE LA COCAINA

1. Depresión.
2. Disforia.
3. Experiencias alucinatorias.
4. Comportamiento antisocial y destructivo.

5. Irritabilidad.
6. Hipervigilancia.
7. Agitación psicomotriz.
8. Relaciones interpersonales deterioradas (aislamiento social).
9. Psicosis paranoide.
10. Impotencia en hombres, frigidez en mujeres.
11. Ataques de pánico, temor a una muerte inminente.
12. Euforia compulsiva.
13. Síndrome de abstinencia.
14. Politoxicomanía (alcohol y benzodicepinas).

SINDROME DE ABSTINENCIA DE LA COCAINA

1ª fase de abatimiento o "crash"

Puede durar horas o días. Caracterizado por sintomatología depresiva, anergia, anhedonia (disminución o desaparición del placer), hiperfagia, somnolencia o insomnio, ansiedad, irritabilidad, confusión, disminución de la capacidad de concentración, mialgias, diaforesis, ideas autolíticas y paranoides y "craving" (intenso deseo de consumo).

2ª fase de abstinencia (semanas o meses)

Caracterizada primero por eutimia, pasando a disforia e incluso posteriormente síntomas depresivos mayores, anhedonia y anergia. Existen unos días en que el paciente tiene un estado eutímico de normalidad, sin embargo esto no dura mucho, apareciendo síntomas de ansiedad, irritabilidad y momentos de intensos deseos de los efectos euforizantes del consumo. Por eso, en este periodo de los 3 primeros meses hay una alta probabilidad de recaída.

3ª fase de extinción

Aparece un humor más normalizado. La sintomatología depresiva debe ir remitiendo paulatinamente. Es frecuente que tras meses de abstinencia aparezcan deseos periódicos de cocaína desencadenados por estímulos ambientales o tras consumos pequeños iniciales (apremio o "priming"). Por este motivo es tan importante que la abstinencia sea total.

TRATAMIENTO

Debido a que la interrupción del consumo de cocaína no implica un serio riesgo orgánico para el usuario, la mayoría de pacientes con abuso/dependencia de cocaína pueden ser tratados ambulatoriamente.

Pautas de tratamiento de adicción a cocaína

1. Abstinencia absoluta de cocaína.
2. Abstinencia de otras drogas psicoactivas.
3. Educación e información sobre la enfermedad adictiva.

4. Implicación familiar.
5. Trabajar prevención de recaídas.
6. Controles toxicológicos de orina teniendo muy presente que son controles con una utilidad terapéutica en ningún caso punitiva.
7. Tratamiento farmacológico.

Desintoxicación hospitalaria

Criterios de Derivación:

1. Fracaso reiterado en desintoxicación ambulatoria.
2. Presencia de patología orgánica severa.
3. Presencia de comorbilidad psiquiátrica grave en fase aguda.
4. Ausencia de soporte psicosocial.
5. Embarazo.
6. Dependencia física de alcohol o de otras drogas que exigen desintoxicación y supervisión médica estricta.
7. Si hay riesgo de suicidio, violencia o peligrosidad para sí o para otros.

Posteriormente se continuaría con el tratamiento ambulatorio.

Tratamiento del síndrome de abstinencia

Tratamiento sintomático de sus principales manifestaciones, que en múltiples ocasiones se acompaña de otras adicciones:

- Si hay predominio de sintomatología depresiva: ISRS (Fluoxetina, Paroxetina).
- Predominio de alta Impulsividad y craving: entimimizantes (Gabapentina, Topiramato, Oxcarbacepina, Lamotrigina).
- Predominio de autorreferencialidad: antipsicóticos, atípicos (Risperidona, Olanzapina).
- Predominio de insomnio: ISRS (Mirtazapina), antipsicóticos (Quetiapina), BZD de vida media larga.
- Predominio de ansiedad, irritabilidad, craving: antipsicóticos de perfil sedante a dosis baja y/o anticonvulsiantes/eutimizantes y/o ISRS y/o BZD de vida media larga.

Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones no predomina un único síntoma sino varios. Por este motivo, debemos de realizar un tratamiento individualizado combinando más de un fármaco.

Deshabitación y prevención de recaídas

No siempre es necesario utilizar tratamiento farmacológico. Está indicado en pacientes con dependencia grave, un alto craving, en patrones muy compulsivos de uso, en pacientes que no responden al tratamiento psicosocial y en pacientes con abuso concomitante de otras sustancias principalmente alcohol.

Complicaciones	
Cardiovasculares	Cardiopatía Isquémica (Angina, IAM) HTA Arritmias Cardíacas Cardiomegalia Fibrilación Ventricular Rotura de Aorta
Neurológicas	Cefaleas Mareos Hemorragia cerebral Crisis comiciales (convulsiones) Hipertermia Apoplejía Migrañas
Respiratorias	Fallo respiratorio (disnea, asfixia) Edema Agudo de Pulmón Infiltrados pulmonares Neumotorax Bronquitis Trombosis pulmonar
Digestivas	Nauseas y vómitos Isquemia Intestinal Colitis
Musculares	Rabdomiolisis Infarto Muscular
Hepáticas	Hepatitis tóxica Necrosis hepática Hipertransaminasemia
Renales	Insuficiencia renal
O.r.l.	Sinusitis Perforación de tabique nasal
Metabólicas	Hipertermia Hipoglucemia Acidosis láctica Hipo o hiperkaliemia
Obstétricas	Aborto Parto prematuro
Pediatricas	Hipoxia Fetal Bajo peso Malformaciones congénitas Convulsiones neonatales
Psiquiátricas	Depresión Trastorno de ansiedad Conducta violenta Agresividad patológica Crisis de Pánico Alucinaciones Ideas Delirantes Cambios de personalidad Psicosis cocaínica Deterioro cognitivo global Alteraciones de la motivación, introspección y atención Desinhibición de la conducta Inestabilidad emocional Descontrol de los impulsos

Tabla 2. Complicaciones médicas del consumo de cocaína.

Si se asocia Cocaína y alcohol:

- Aumenta la pérdida de control del consumo, hay intoxicaciones más graves.
- Aumentan las cantidades consumidas por episodio.
- Débil o nula percepción de problema con el alcohol.
- El alcohol actúa como detonante del craving de cocaína.
- Mayor presencia de conductas violentas y de riesgo.

En la Deshabitación hay que controlar el craving y priming, disminuir el refuerzo, prevención de recaídas y tratar la patología dual. Los fármacos a utilizar son:

- Antidepresivos: ISRS, Trazodona, Mirtazapina.
- Neurolépticos atípicos: Olanzapina, Risperidona, Quetrapina, Aripiprazol.
- Nuevos anticonvulsionantes eutimizantes. Control de craving, impulsividad, disforia, control de la recaída, mayor retención: Gabapentina (1200mg), Topiramato (inicio 50mg, escaladas semanales de 50mg hasta dosis de 100/200mg), Oxcarbacepina (600-1200mg).
- Fármacos para control de alcohol: Disulfiram, Naltrexona.

BIBLIOGRAFÍA

- Caballero Martínez L. Adicción a cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2005.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson; 2002.
- Pérez Morales L, Reyes Rodríguez MJ, Fernández JF. Cocaína: Adicción y Terapéutica. Madrid: Biblioteca Básica Dupont Pharma para el Médico de Atención Primaria; 2000.
- Washton AM. La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención. Barcelona: Paidós; 1995.
- González JC, Poyo F. Manual práctico sobre manejo de Adicciones y Patología Asociada. 2003
- Tratado SET de Trastornos Adictivos (Sociedad Española de Toxicomanías). Madrid: Médica Panamericana; 2006.