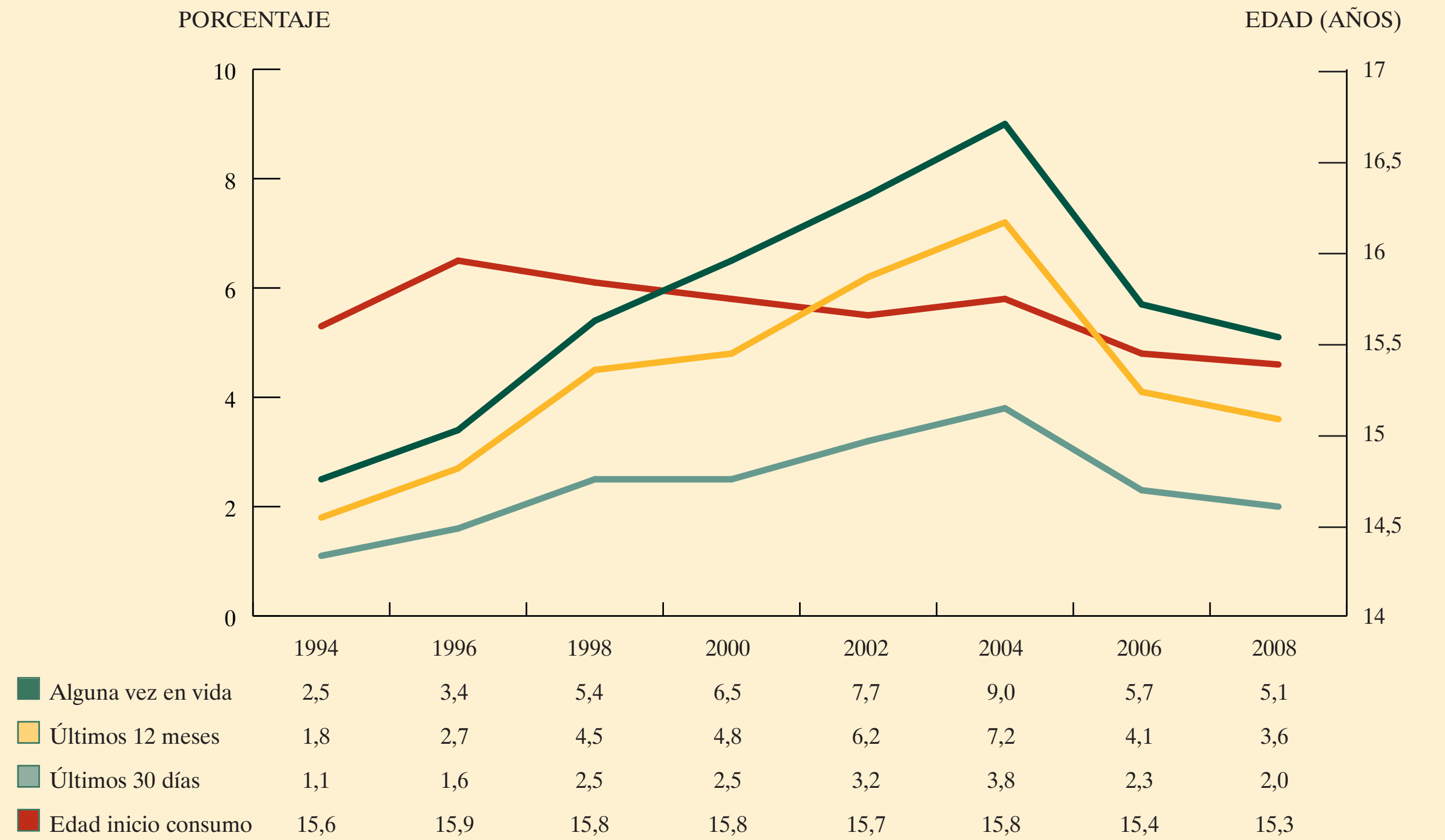




Figura 1.3.6. Prevalencia de consumo de cocaína (porcentajes) y edad medio al inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años. España, 1994-2008.



Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 1.3.31. Evolución de la disponibilidad percibida de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España 1994-2008.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Número de encuestados	20.789	18.966	18.085	20.450	26.576	25.521	26.454	30.183
Porcentaje que piensa que es fácil/muy fácil conseguir cada droga								
Bebidas alcohólicas	93,8	89,0	90,5	91,3	92,0	93,8	91,2	90,8
Tranquilizantes/pastillas para dormir	55,9	65,9	65,9	67,2	67,6	67,3	58,9	55,6
Hachís/marihuana	30,8	53,9	60,4	59,7	67,9	71,8	66,8	63,6
Cocaína	26,7	30,4	37,9	38,0	43,5	46,7	37,4	32,7
Heroína	48,0	25,6	29,1	28,1	32,0	30,7	26,1	23,2
Anfetaminas	43,9	40,1	39,7	40,2	45,4	41,7	32,1	28,1
Éxtasis	46,3	42,6	39,8	43,8	50,0	45,1	31,2	26,6
Alucinógenos	26,2	40,1	39,2	41,4	45,3	41,9	33,7	28,6
Inhalables volátiles	61,4	54,8	54,2	51,6	54,1	51,1	–	–

Nota: Los porcentajes están calculados sobre el número de casos con información.

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).





COCAINE
TOOTHACHE DROPS
 Instantaneous Cure!
PRICE 15 CENTS.
 Prepared by the
LLOYD MANUFACTURING CO.
 175 HUDSON AVE., ALBANY, N. Y.
 For sale by all Druggists.
 (Registered March 1903.)

MARIANI
WINE

MARIANI WINE quickly restores
HEALTH, STRENGTH,
ENERGY & VITALITY.

MARIANI WINE
 FORTIFIES, STRENGTHENS,
 STIMULATES & REFRESHES
 THE BODY & BRAIN.

HASTENS
 CONVALESCENCE
 especially after
INFLUENZA.

His Holiness
THE POPE
 writes that he has
 fully appreciated the
 beneficial effects of
 this Tonic Wine and
 has forwarded to Mr.
 Mariani as a token of
 his gratitude a gold
 medal bearing his au-
 gust effigy.

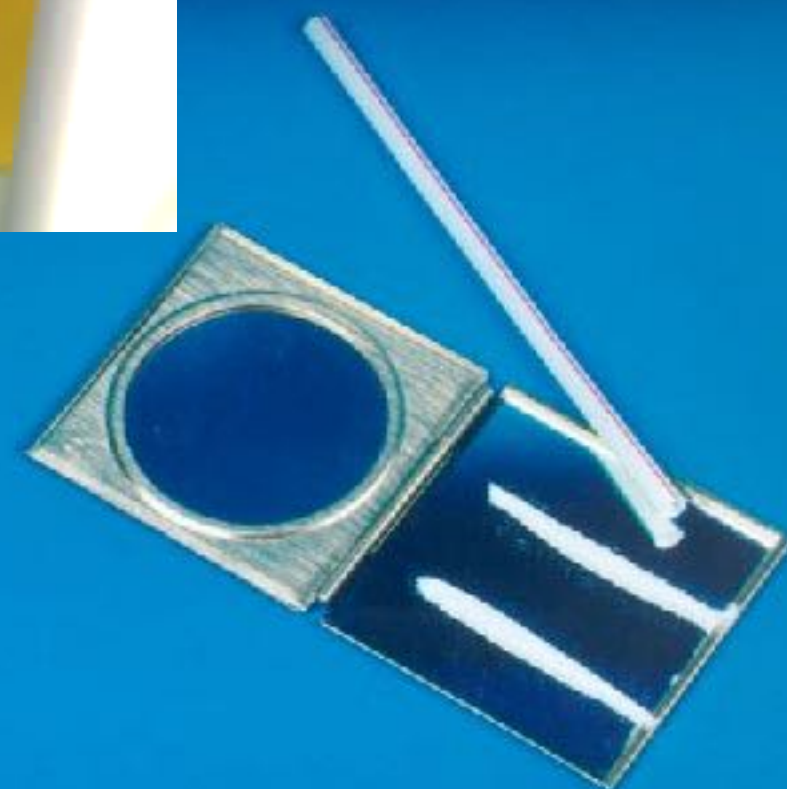


MARIANI WINE
 is delivered free to all parts of the United Kingdom by WILCOX & CO.,
 85, Mark Lane, London, E.C., price 2/- per Single Bottle, 22/- half-
 dozen, 43/- dozen, and is sold by Chemists and Stores.

IF YOU WANT YOUR CHILDREN
 TO BE
HEALTHY & STRONG



GIVE THEM
IRON BITTERS



A school of barramundi fish swimming in clear blue water. The fish are long, slender, and silver with dark vertical stripes. They are arranged in a loose, diagonal formation, swimming towards the upper left. The water is a deep, clear blue, and the overall scene is bright and clean.

CLÍNICA

ACCIONES AGUDAS:

- ♣ Profundo bienestar subjetivo con agudeza mental.
- ♣ Se intensifican los placeres normales y disminuye la ansiedad.
- ♣ Aumenta la autoconfianza y las percepciones de control.
- ♣ Disminuyen las inhibiciones sociales y mejora la comunicación interpersonal.

COMPLICACIONES POR CONSUMO AGUDO

INTOXICACIÓN

DELIRIUM

IDEAS DELIRANTES

DISFORIA

INTOXICACION

Reacciones atípicas o exageración de los efectos normales:

desinhibición eufórica, deterioro de la capacidad de juicio, grandiosidad, impulsividad, irresponsabilidad, generosidad atípica, hiperse-xualidad, hiperconciencia, acciones compulsivas y agitación psicomotora extrema.

TRATAMIENTO:

Si no se complica, ninguno u observación.

Si la activación no desaparece en 24 h. probablemente se trata de un estado maniaco que precisa tratamiento.

DELIRIUM

En las intoxicaciones, una mezcla de ansiedad e irritabilidad acompaña a los efectos eufóricos deseados.

Intox. moderada: descarga simpática similar a una crisis de angustia.

Intox. grave: psicosis orgánica con desorientación, llegando a delirium.

PRECAUCIÓN: puede ser el comienzo de una sobredosis. Exige tratamiento médico urgente.

IDEAS DELIRANTES

La psicosis con ideas delirantes se puede presentar tras “binges”, más relacionada con la cantidad y la duración de la administración de estimulantes que con una predisposición.

El contenido es habitualmente paranoide.

Por cocaína son transitorias y desaparecen tras la normalización del sueño. Por anfetaminas pueden ser más prolongadas.

Suelen utilizarse neurolépticos a corto plazo. No se han descrito flashbacks.

DISFORIA

Tras un episodio de consumo repetido o altas dosis, al cesar, el estado de ánimo no vuelve a la línea base. Desciende hasta la disforia.

CRASH (síndrome de abstinencia aguda).

Imita totalmente una depresión, autolimitada, desaparece tras el sueño. Puede ser extremadamente grave, con ideación suicida potencialmente letal pero transitoria.

Control clínico:

- ✓ Observación (permitir sueño, evitar autolesiones).
- ✓ Evaluación para comprobar la desaparición de los síntomas.

SOBREDOSIS Y COMP. MEDICAS

“Tormenta simpaticomimética”.

Potencialmente letal: ACV hipertensivo, hiperpirexia, IAM y colapso C-R.

Control médico de los síntomas (evitar propranolol por interacción tóxica). De elección veramimil/fentolamina

Se han descrito:

lesiones vasculares cerebrales difusas, colitis, pseudomediastinitis, enfermedad bullosa pulmonar, complicaciones neonatales, complicaciones debido a la vía de consumo y otras.

INICIO:

agradable y fácilmente controlable.

TRANSICIÓN:

más rápida en el consumo inhalado o inyectado.

CONSUMO REPETIDO:

produce gradualmente una obsesión por conseguir la euforia y un deseo de consumo compulsivo. Éste altera el comportamiento y causa malestar psicológico grave.

INICIO DEL CONSUMO

- ✓ *Retroalimentación externa sociolaboral positiva.*
- ✓ *Efectos farmacológicos reforzantes.*
- ✓ *Ausencia de complicaciones.*

TRANSICION DE ELEVADA INTENSIDAD

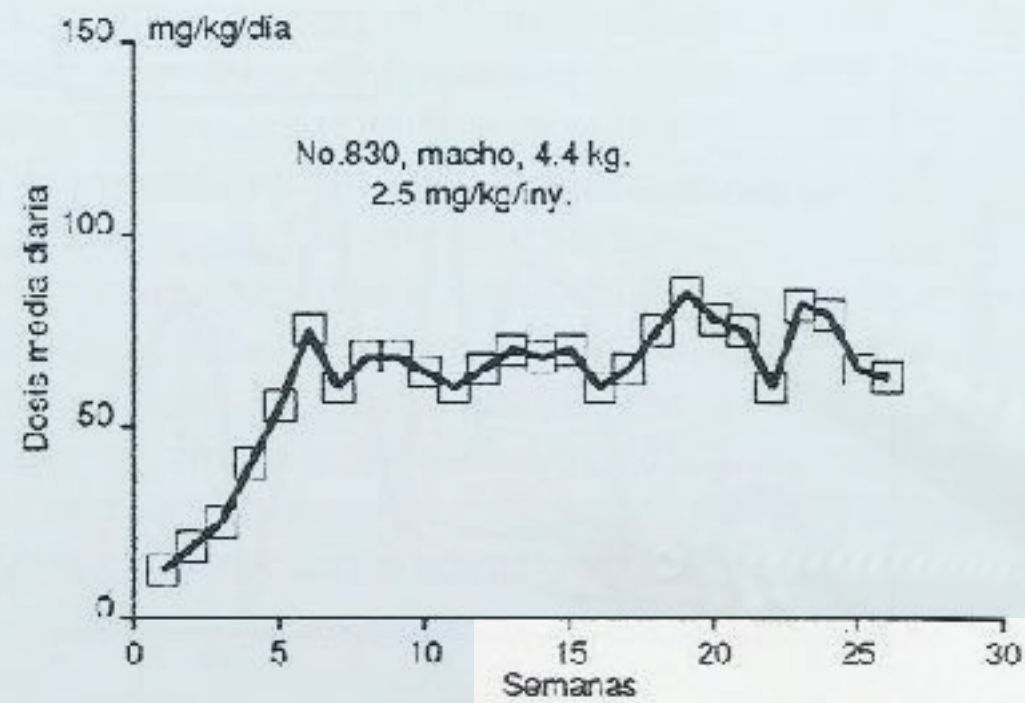
Todos los paradigmas animales presentan consumos de elevada intensidad.

Los humanos realizan con mucha frecuencia consumos de baja intensidad, recreativos.

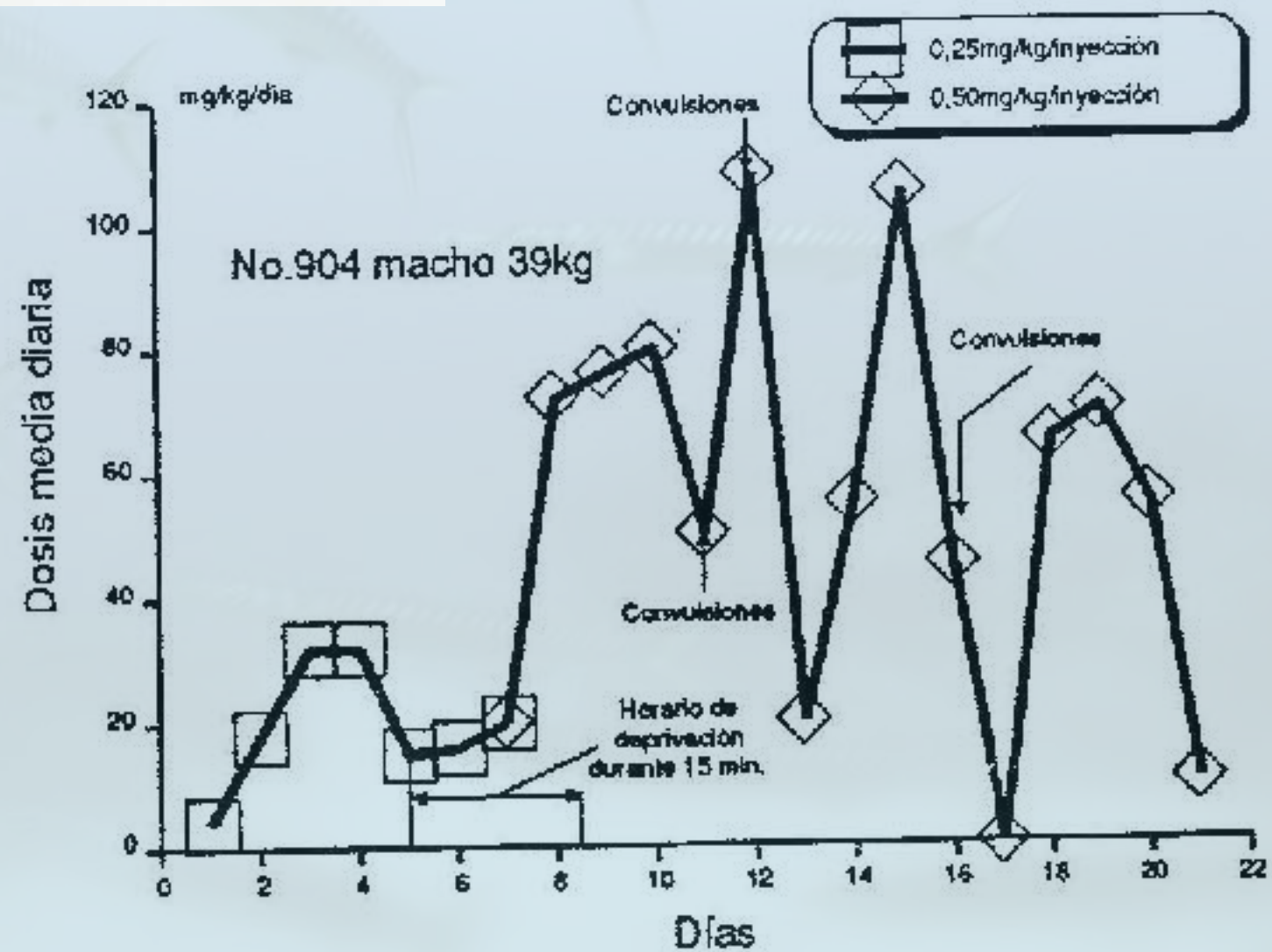
Ninguna característica distingue a las personas que realizan consumos de elevada intensidad. Parece depender del cambio de la vía de admón o al aumentar la disponibilidad y las dosis.

La euforia especialmente intensa se recuerda de forma persecutoria.

Morfina



Cocaína



COLOCAR FIGURA 2.6 (con pie incluido) = 12,85 cm

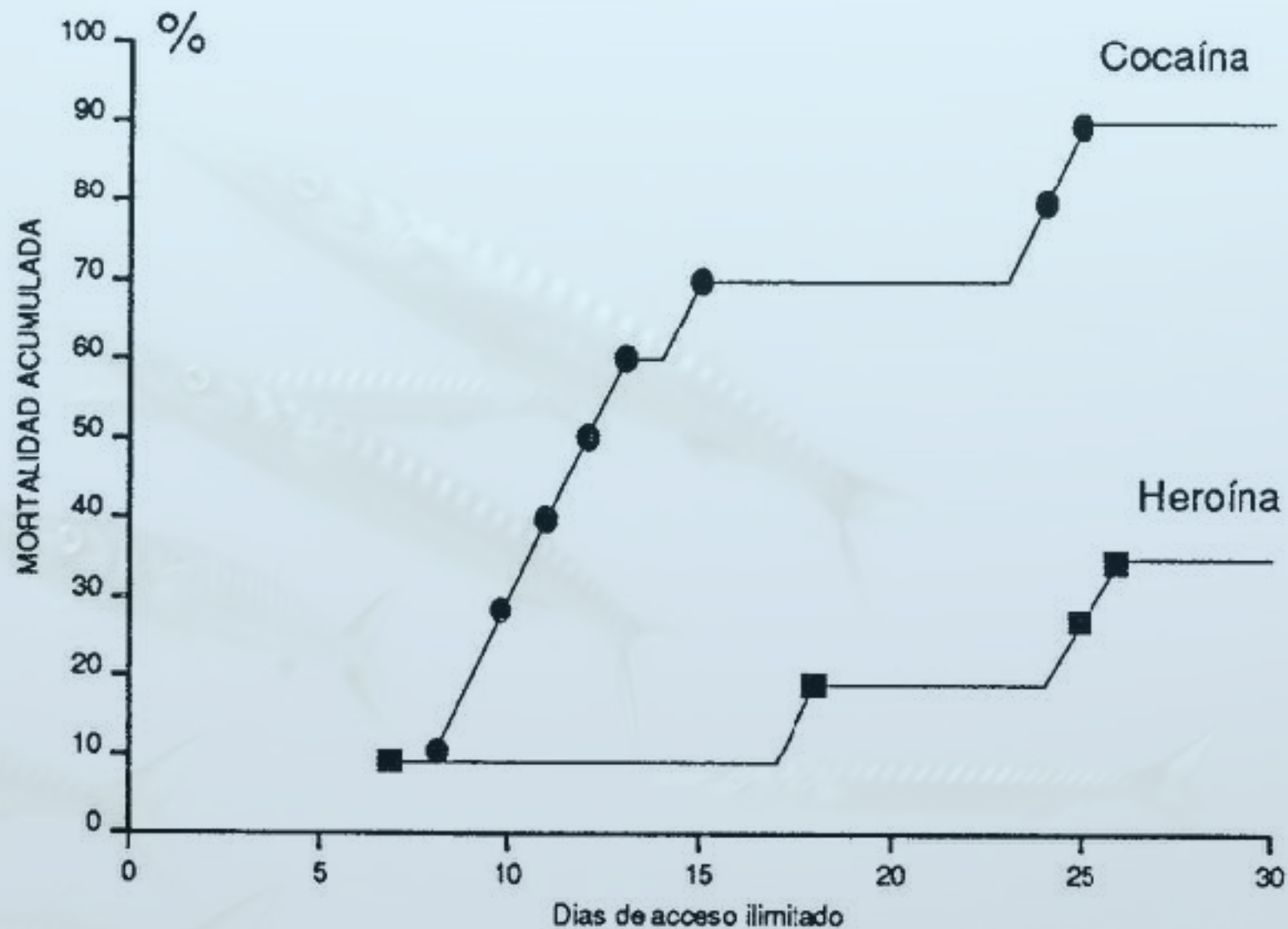
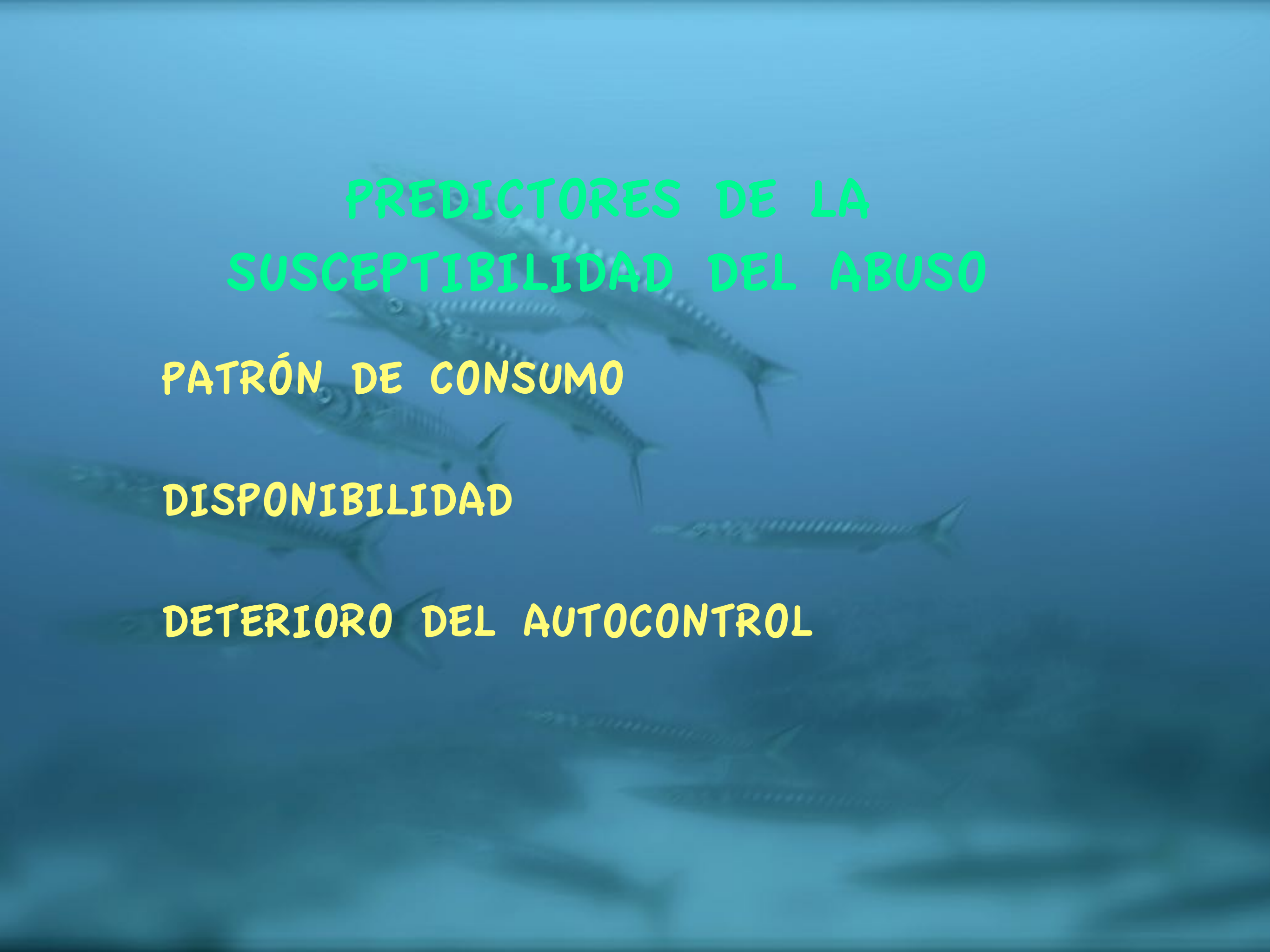


Figura 2.6. Mortalidad en ratas que se autoadministran cocaína bajo condiciones de acceso ilimitado. Los círculos muestran los tiempos de supervivencia para 10 ratas que aprendieron a autoadministrarse cocaína, 1mg/kg/respuesta, los cuadrados corresponden a 11 ratas que se autoadministraron heroína, 0.1 mg/kg/respuesta. Las drogas se administraron en 0.25 ml durante 10 segundos. La cocaína fue autoadministrada variablemente en cantidades de más de 250 mg/kg/día, mientras que la heroína fue consumida bajo un patrón regular, aproximadamente 10 mg/kg/día. (De Bozarth y Wise, 1985. Reproducido con su permiso.)



PREDICTORES DE LA SUSCEPTIBILIDAD DEL ABUSO

PATRÓN DE CONSUMO

DISPONIBILIDAD

DETERIORO DEL AUTOCONTROL

SINDROME DE ABSTINENCIA DE COCAINA

CONJUNTO DE SIGNOS Y SINTOMAS ,
TANTO FISICOS COMO PSÍQUICOS QUE
APARECEN AL DESCENDER O ABANDONAR
DE FORMA BRUSCA EL CONSUMO DE LA
DROGA.

FASES DE LA ABSTINENCIA:

1ª Fase : Abstinencia aguda
Crash.

2ª Fase : Abstinencia .

3ª Fase: Extinción.

1ª Fase :

Crash---fase de bajada. (9h a 4d)

TEMPRANA

6- 20 HORAS

Agitación

Depresión

Anorexia

Intenso deseo de
cocaína

MEDIA

20-72 HORAS

Fatiga

Depresión

Anhedonia

Irritabilidad

Cefaleas

Mialgias difusas

Insomnio con

letargia

No deseo de cocaína

TARDÍA

3-5 DÍAS

Agotamiento físico

Hipersomnia con

despertar frecuente

Hiperfagia

Nulo deseo de

cocaína

2ª Fase :

ABSTINENCIA. (DE 1 A 10 SEMANAS).

TEMPRANA

Normalización del
ritmo de sueño.

Normalización del
estado de ánimo.

Baja ansiedad.

Bajo deseo de cocaína

MEDIA Y TARDIA

Disforia.

Anhedonia

Anergia

Incremento de ansiedad

Irritabilidad

Intenso deseo de cocaína

Sucesos condicionantes que
exacerban el deseo de
cocaína

3ª Fase:

EXTINCIÓN. (Duración indefinida)

Eutimia.

Respuesta hedónica
normal

Recuerdo de los efectos
agradables de la cocaína.

Deseo periódico de cocaína
en relación con estímulos
condicionados.

La duración e intensidad de los síntomas varían según las características y el diagnóstico de atracones (binges).

La duración de los atracones va de 4 horas a 6 o más días.

El craving en la fase 1 dura normalmente menos de 6 horas.

ABSTINENCIA. Disforia a largo plazo

Durante el abuso existe neuroadaptación, estos cambios producen una verdadera adicción fisiológica. La expresión clínica es psicológica.

Los humanos, como los modelos animales, presentan una constelación de síntomas consistente con una disminución de la capacidad de percibir recompensa o placer.

La disforia a largo plazo es la responsable de los ciclos de episodios recurrentes de consumo de altas dosis.

Aparece aumento de ansiedad, inactividad, irritabilidad, falta de motivación y respuestas hedónicas restringidas.

La gravedad e intensidad de los síntomas dependen en parte de la intensidad del consumo previo.

El craving se intensifica severamente ante estímulos externos. Atención al ritmo de consumo semanal.

EXTINCIÓN. Disfunción condicionada

Tras el inicio de la abstinencia y la extinción de la anhedonia aparecen episodios intermitentes de deseo irresistible.

No se conocen los mecanismos neurofisiológicos. De estos episodios. Aparece en el contexto de factores como: estados concretos del estado de ánimo, personas, lugares, sucesos o momentos del año, intoxicación por otras sustancias (alcohol) y objetos de abuso.

Los factores varían y no están directamente asociados con el craving. Parecen estímulos condicionados. Se corresponden con el hecho de que los estimulantes son los más potentes reforzadores que se conocen y producen un condicionamiento clásico operante.

La asociación con alcohol puede exigir la abstinencia total de este.

CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS

Consumo no indica per se abuso.

Cuando el consumo es mínimo puede tener el valor de síntoma de otros problemas principales.

Es necesaria la exclusión de trastornos psiquiátricos coexistentes:

Los pacientes con ttnos afectivos mayores, ttnos depresivos atípicos, ttno por déficit de atención con hiperactividad en adultos, trastorno bipolar o ciclotímico, o narcolepsia, abandonan el consumo ilegal de estimulantes cuando son substituídos por medicaciones adecuadas.

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO

...son la reducción del consumo y los efectos de las sustancias objeto de abuso, la evitación del consumo, la reducción de la frecuencia de las recaídas y la rehabilitación.

En algunos pacientes la evitación del fármaco no llega a alcanzarse nunca o sólo puede alcanzarse después de muchos años de tto continuo o intermitente. Sin embargo, aún en ausencia de una abstinencia completa, pueden conseguirse reducciones importantes de la morbilidad y la mortalidad mediante la disminución de la frecuencia e intensidad del consumo.....

Elección del contexto de Tratamiento

Debe optarse por el contexto menos restrictivo en el que sea probable la aplicación de un tratamiento seguro y eficaz.

Varios estudios han indicado que la mayor parte de los pacientes pueden ser tratados en programas ambulatorios intensivos.

En un estudio sin asignación aleatoria un grupo de 149 pacientes hospitalizados evolucionó mejor que el de tratados ambulatoriamente en el control a 1 año. Un estudio de asignación aleatoria no evidenció diferencia alguna en la evolución a los 3 y 6 meses.

Tratamientos farmacológicos (Dep. Y Abuso)

.....no hay ninguna medicación que haya demostrado eficacia clara en el tto de la dependencia de cocaína.....el tto. farmacológico no se indica habitualmente como medida inicial en muchos pacientes.....

Por el momento, desipramina y amantadina parecen ser los fármacos que proporcionan los resultados más positivos, si bien es posible que otras medicaciones resulten más eficaces.

Fármacos para reducir los síntomas de abstinencia

Se han estudiado más de 20 medicaciones.

Dificultades:

falta de controles adecuados, de medidas homogéneas de evaluación de resultados, de estandarización de tipo y “dosis” de las intervenciones psicosociales, falta de claridad respecto a la importancia del deseo de consumir en el mantenimiento de la dependencia, el papel del deseo de tomar coca en el curso natural de la abstinencia sin tratamiento, falta de coincidencia en cuanto al significado exacto del “craving”....

- ✓ Desipramina
- ✓ Carbamazepina
- ✓ Pergolida
- ✓ L-Dopa/carbidopa
- ✓ Fluoxetina
- ✓ Flupentixol
- ✓ Bupropion
- ✓ Amantadina
- ✓ Maprotilina
- ✓ Buprenorfina

Fármacos que bloquean los efectos subjetivos de la cocaína

Se han realizado ensayos con:

Imipramina
Desipramina
Bromocriptina
Trazodona
Neurolépticos
Mazindol

No existen pruebas convincentes de que, a las dosis que pueden ser toleradas por los pacientes, ninguna de estas medicaciones resulte eficaz en este sentido.

Fármacos ensayados en el tratamiento de la dependencia de cocaína

Antidepresivos

Tricíclicos

Otros

Eutimizantes

Litio

Carbamacepina

Ag. dopaminérgicos

Bromocriptina

Amantadina

Pergolida

Lisurida

L-Dopa/carbidopa

Estimulantes del SNS

Metilfenidato

Pemolina

Precursores de los NT

L-triptófano

L-tirosina

Ag. y Antg. Opioides

Metadona

Naltrexona

Buprenorfina

Otros fármacos

Tratamientos psicosociales.

...no hay ninguna modalidad de tratamiento para la que se haya demostrado de manera uniforme una superioridad respecto a las demás....

Tanto la experiencia clínica como la investigación sugieren que un tratamiento psicosocial intensivo (más de una vez por semana) centrado en la abstinencia, constituye el planteamiento preferido.

1. T. conductuales cognitivas:

Pocos estudios. Parece más eficaz en la prevención de recaídas en casos graves.

2. T. Conductuales:

Muestran buenos índices de retención y aceptables resultados

3. Psicotp. Psicodinámica:

Estudios muy limitados.

4. Grupos de Autoayuda:

La participación en estos grupos ha demostrado en un ensayo una mejoría

ACTITUD EN NUESTRO MEDIO

1. EVALUACIÓN INICIAL:

Situación actual
Objetivos del paciente

2. EVALUACIÓN INTEGRAL:

Paciente: Historia clínica, psiquiátrica, de consumo (otras sustancias, abstinencias).

Entorno: Familiar. Social. Laboral. Penal.

3. ABORDAJE INICIAL. ABSTINENCIA:

3.1. Consumo reciente. (forma, cantidad, fármacos para “bajar”).

3.2. Sintomatología presente o previsible:

ansiedad

insomnio

craving

depresión

ACTITUD EN NUESTRO MEDIO

3.3. ¿Abuso-Dependencia?

3.4. Tto. Farmacológico

3.5. Evaluación psicológica e indicación de tto. Psicoterápico.

ENTREVISTA MOTIVACIONAL

3.6. Seguimiento. Redefinición de objetivos. Prevención de recaídas. Participación del entorno.

ACTITUD EN NUESTRO MEDIO

Farmacología:

1. Ansiolíticos:

Clobazam, cloracepato, ketazolam, alprazolam retard

2. Antidepresivos:

Fluoxetina. Otros ISRS.

Trazodona. Otros atípicos.

Venlafaxina.

3. Neurolépticos:

Pimocida.

Nuevos neurolépticos.

4. Topiramato

TABLA 17. Síntomas de alerta en consumidores de cocaína

Tras consumir cocaína, en alguna de sus formas, el sujeto acudirá urgentemente a un médico si percibe alguno de los siguientes síntomas:

- 1- Dolor intenso en el pecho que se irradia a mandíbula o brazos y que puede acompañarse o no de sudores.
- 2- Dolor abdominal intenso, sobre todo, si ha tragado bolas de cocaína.
- 3- Dolor de cabeza intenso, brusco y no habitual.
- 4- Pérdida brusca de la visión de un ojo.
- 5- Pérdida de fuerza en alguna de las extremidades o si se le caen las cosas de las manos.
- 6- Si está embarazada y nota la aparición de contracciones.
- 7- Sensación de ahogo y /o palpitaciones.
- 8- Si no orina en las doce horas siguientes al consumo.

TABLA 19. Manejo de intoxicación por cocaína

1. La realización de la historia clínica resulta complicada en estados de conciencia alterados
2. Si existen alteraciones neurológicas focales debemos descartar la presencia de ictus
3. Determinación de CPK en sangre y mioglobina en orina para descartar rabdomiolisis
4. Valoración cuidadosa del dolor torácico
5. La nitroglicerina y aspirina se utilizaran en el síndrome coronario siendo preferible la angioplastia a la fibrinólisis
6. Se debe realizar determinación seriada de enzimas durante al menos 12 horas, como refuerzo de la baja sensibilidad proporcionada por el ECG, que en ocasiones no detecta isquemia coronaria aunque hubiera existido
7. En los casos en que se observe complejo QRS ancho en el ECG, se utilizará el bicarbonato sódico en lugar de la lidocaína
8. El tratamiento de la hipertensión será realizado con alfa bloqueantes o bloqueantes del calcio. El uso de bloqueantes beta está contraindicado por la potenciación paradójica del efecto alfa
9. El tratamiento de las convulsiones son las benzodiacepinas y el enfriamiento corporal externo
10. Se debe facilitar la valoración psiquiátrica lo antes posible

Es fundamental destacar el conjunto de las llamadas Intervenciones Breves (4 entrevistas estructuradas) que tienen lugar en la Atención Primaria y que si son realizadas por personal debidamente entrenado, pueden motivar cambios en los pacientes. Su eficacia no está claramente establecida, pero algunos resultados apuntan a que podría ser semejante a la obtenida por planteamientos terapéuticos especializados de larga duración.

La llamada Entrevista o Consulta Motivacional, próxima al denominado Consejo Breve, también es un magnífico instrumento, tanto en Atención Primaria de Salud, como en el ámbito de los especialistas. Este conjunto de intervenciones breves podría considerarse una verdadera prevención secundaria en poblaciones de riesgo, aún sin complicaciones, pero ya consumidoras.

(Informe de la Comisión Clínica del P.N.D. 2007)

VIII. Conclusiones

1. La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida tanto en la Unión Europea como en España, y su consumo ha seguido una tendencia creciente en los últimos años aunque los datos epidemiológicos más recientes (2006), apuntan a la estabilización e incluso al descenso de su consumo en nuestro país.

2. Aunque existen varios perfiles muy distintos de los consumidores de cocaína, en España, el consumo se concentra en jóvenes de 15 a 34 años, perfectamente integrados en la sociedad y que han incorporado la cocaína como instrumento de socialización y aumento de la duración e intensidad de la diversión en su tiempo de ocio.

3. La adicción a cocaína ha supuesto un cambio en el panorama de los problemas relacionados con las drogas en nuestro país, superando a la heroína en el número de episodios por los que se hace necesario acudir a urgencias y en el número de personas consumidoras que deciden iniciar un tratamiento de desintoxicación. No obstante, se debe fomentar y facilitar más aún el acceso de los consumidores de cocaína a los dispositivos asistenciales.

4. El consumo de cocaína produce importantes daños en el organismo, especialmente en el sistema cardiovascular y nervioso central a edades tempranas en las que no cabría esperar la aparición de esta patología. Estos daños pueden producirse tanto por consumo crónico como por consumo agudo en personas susceptibles.

5. La cocaína es una droga con elevado potencial adictivo y su consumo continuado conlleva la aparición de dependencia. Se estima que alrededor del 4% de los consumidores de cocaína desarrollarán una dependencia de la cocaína al cabo de un año del inicio del consumo.

6. Bajo los efectos de la cocaína, se pueden desarrollar conductas agresivas y de riesgo, como conducción de vehículos temeraria, relaciones sexuales no protegidas y embarazos no deseados.

7. El consumo simultáneo de cocaína con otras sustancias psicoactivas aumenta los efectos y riesgos del consumo de la sustancias por separado, especialmente en el caso del alcohol, en el que aumenta los efectos cardiovasculares, la agresividad y los comportamientos violentos. Durante la intoxicación alcohólica, el consumo de cocaína produce una falsa sensación de sobriedad que puede dar lugar a conductas de riesgo.

8. Entre los consumidores de cocaína es frecuente encontrar trastornos psiquiátricos tales como esquizofrenia paranoide, trastornos delirantes, trastornos del estado de ánimo y crisis de pánico, entre otros. La coexistencia de dependencia a drogas y otro trastorno psiquiátrico se denomina patología dual, e implica peor respuesta al tratamiento, menor cumplimiento terapéutico, mayor número de urgencias y hospitalizaciones, y mayor presencia de conductas violentas, ilegales y suicidas.

9. A diferencia de lo que ocurre en otras drogodependencias, no se dispone de ningún fármaco capaz de bloquear los efectos de la cocaína en el organismo ni de facilitar la abstinencia, por lo que el abordaje de la adicción será mixto (farmacológico sintomático y psico-social).

10. Se están llevando a cabo importantes avances en el ámbito de la investigación básica y clínica con el fin de identificar fármacos y terapias inmunológicas (vacunas) eficaces en la prevención y tratamiento de la adicción a cocaína.

