

Perspectivas en el consumo de cocaína

STEPHANIE H. HERNÁNDEZ, ROBERT S. HOFFMAN

Division of Toxicology, Department of Emergency Medicine, New York University School of Medicine.
Nueva York, Estados Unidos.

El consumo creciente de cocaína en España ha conducido a una crisis política, social y de salud pública de grandes dimensiones. Durante la pasada década, esta tendencia ascendente en el consumo de cocaína le ha permitido a España alcanzar la vergonzosa designación de capital europea de la cocaína. En 1999, la cocaína sobrepasó a la heroína como la droga de abuso más comúnmente citada durante las consultas en los servicios de urgencias¹. En 2004, era la droga ilegal más frecuentemente responsable de visitas hospitalarias en España, ya que representaba el 49,6% de todas las urgencias relacionadas con el consumo de drogas. De forma similar, el porcentaje de personas fallecidas por cualquier forma de reacción adversa a drogas en la que se identificaba la cocaína o sus metabolitos en el análisis toxicológico aumentó dramáticamente del 32% en 1996 al 60% en 2004¹. En 2005, el consumo de cocaína era el más referido entre los pacientes españoles que acudían a solicitar la admisión en programas de deshabituación, con más del 40% de las solicitudes, lo cual representa un aumento de seis veces cuando se compara con 2002^{1,2}. Según las estadísticas de Naciones Unidas, en 2006 el 3% de la población española entre 15 y 64 años había probado la cocaína, un número que sobrepasó por primera vez la situación en Estados Unidos².

Durante este tiempo, las cantidades de cocaína decomisada por las autoridades españolas aumentó extraordinariamente, lo cual sugiere que España está siendo inundada intencionalmente con esta sustancia tóxica letal. En respuesta al incremento de la demanda y al aparente suministro ilimitado, los precios de la cocaína se han mantenido estables o incluso han disminuido ligeramente¹. Así, como era de esperar, cuando la naturaleza altamente adictiva de la cocaína se ha combinado con las presiones sociales y de merca-

do, la fácil disponibilidad y el bajo coste, el resultado ha sido que la prevalencia del consumo de cocaína y el número total de usuarios ha subido como la espuma.

El problema de la cocaína no es muy diferente a otros problemas políticos y sociales que en última instancia impactan en el sistema sociosanitario. Aunque todos los aspectos del sistema sociosanitario resultan implicados, el médico de urgencias ha de ser capaz de adaptarse rápidamente a los cambios en los patrones de consumo de drogas en sus comunidades y empezar a entender cómo el consumo de drogas altera su práctica médica. Dos artículos que se publican en este número de EMERGENCIAS empiezan a explorar el impacto del consumo de cocaína en los servicios de urgencias españoles.

En uno de los mayores estudios retrospectivos realizados acerca del consumo de cocaína, Galicia et al³ investigan la epidemiología de las visitas en urgencias relacionadas con cocaína. Los autores discuten cómo el consumo persistente de cocaína ha consumido, en España, una apreciable cantidad de recursos médicos durante los últimos 6 años, sin signos de mejoría. Los autores destacan que los síntomas predominantes manifestados por los consumidores de cocaína que consultan en urgencias son tanto de naturaleza neuropsiquiátrica como cardiovascular. Sin embargo, se ha de enfatizar que los efectos simpaticomiméticos de la cocaína pueden producir consecuencias clínicas en casi todos los aparatos y sistemas, que incluyen hipertemia, taquicardia, hipertensión, hemorragia intracraneal, diseción vascular, infarto de miocardio, rabiomilolisis y muerte. Los autores ponen de relieve que gran parte de las visitas a urgencias que requieren ingreso en unidades de psiquiatría, médicas, quirúrgicas y de cuidados intensivos, lo cual refleja un peso asistencial compartido entre muchas disciplinas de la Medicina.

CORRESPONDENCIA: Robert S. Hoffman. Division of Toxicology, Department of Emergency Medicine, New York University School of Medicine. Nueva York, Estados Unidos. E-mail: bobhoffmd@gmail.com

FECHA DE RECEPCIÓN: 27-10-2008. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 3-11-2008.

CONFLICTO DE INTERESES: Ninguno

Los médicos son constantemente puestos a prueba por las complejas necesidades médicas de los pacientes consumidores de cocaína. La elevada prevalencia del consumo de cocaína necesita que los médicos consideren si la sintomatología de sus pacientes puede estar en relación al consumo de cocaína. Además, la sospecha o la confirmación del consumo merecen una especial consideración a la hora de planificar la estrategia terapéutica de cada paciente en concreto. En el segundo trabajo, Burillo-Putze et al⁴ destacan que hasta un 20% de pacientes que consultan en urgencias por dolor torácico cardíaco o traumatismo han consumido cocaína, pero en cambio no lo manifiestan. Esta información crítica conduce a una consideración simple: ¿qué debería hacer diferente si supiese que este paciente ha consumido cocaína? Por ejemplo, la potenciación de la vasoconstricción asociada a la cocaína es un riesgo en aquellos pacientes que se tratan con beta-bloqueantes. En este escenario, la estimulación alfa-adrenérgica sin oposición puede ser deletérea y representa una de las interacciones farmacológicas de mayores consecuencias de la era moderna. Mientras que los beta-bloqueantes constituyen uno de los pilares en el tratamiento de los pacientes con síndrome coronario agudo, su utilización en el dolor torácico aparecido en el contexto del consumo de cocaína se encuentra contraindicada⁵. Las consecuencias de esta interacción pueden ser letales^{6,7}. De igual modo, la cocaína puede alterar la respuesta adrenérgica normal a la pérdida sanguínea en los pacientes traumáticos. En la intoxicación aguda, la cocaína puede enmascarar los signos de la hemorragia traumática suavizando la respuesta hipotensora o, en los consumidores crónicos, puede amortiguar la taquicardia, y conducir así a una falsa tranquilidad por parte del médico y a un retraso en el manejo^{8,9}. El consumidor no declarado de cocaína descrito por Burillo-Putze et al debe considerarse hoy en día una entidad clínicamente relevante por los médicos que ejercen en España.

El clima y la temperatura ambiental también deben ser considerados cuando se planean las políticas sociosanitarias. Tal como ha sido destacado por Galicia et al, hay un aumento en las visitas a urgencias relacionadas con la cocaína en julio y agosto, los principales meses del verano. Aunque es posible que el consumo sea más común en climas cálidos, los facultativos ahora también deben considerar la hipertermia, pues se ha demostrado claramente que las temperaturas ambientales altas se asocian con un aumento en la mortalidad por sobredosis de cocaína¹⁰. Aunque Galicia et al no demuestran este incremento de muertes relacio-

nadas con la cocaína descritas en los meses de verano en Nueva York, debe tenerse en cuenta que las muertes antes de la llegada al hospital no fueron incluidas en el diseño de su estudio. Ciertamente, ésta es un área que requiere más estudio en España. Clínicamente, esto significa que ahora deben solicitarse de inmediato mediciones precisas de la temperatura central en pacientes severamente agitados, puesto que la falta de diagnóstico y tratamiento de la hipertermia puede ser devastadora. Como el consumo de etanol es común, los facultativos también deben considerar los efectos del uso simultáneo de cocaína y etanol, el cual produce una toxina más duradera y potente (co-caetileno) que puede contribuir a la cardiotoxicidad retardada^{11,12}. Galicia et al demuestran que el 72% de todos los pacientes que consultan en urgencias con problemas relacionados con la cocaína también han consumido alcohol. Esta relevante visión epidemiológica proporciona una pauta esencial para la toma de decisiones médicas.

La edad del paciente define un marco de referencia para varias conclusiones médicas. Por ejemplo, el potencial de enfermedades vasculares muchas veces es pasado por alto en pacientes jóvenes por su escasa prevalencia. El consumo de cocaína cambia ese marco de referencia. Típicamente, los consumidores son significativamente más jóvenes que el resto de los pacientes con síndrome coronario agudo¹³. Burillo-Putze et al demuestran también que los pacientes consumidores de cocaína con dolor torácico eran significativamente más jóvenes que los no consumidores. Esta creciente población de jóvenes consumidores de cocaína utilizará recurrentemente los servicios sanitarios ya sea por sintomatología aguda, tratamiento de la adicción o para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares crónicas en el futuro. Aunque tienen una incidencia relativamente baja de infarto de miocardio para cada evento, el seguimiento sugiere que el dolor torácico es especialmente común en aquellos que continúan consumiendo cocaína¹³. Aunque Burillo-Putze et al no consiguen demostrar un incremento en los costos sociosanitarios durante la fase aguda del tratamiento, las repercusiones de la enfermedad cardiovascular del consumo crónico sobre los costos aún está por definirse. Se puede postular que el creciente peso del consumo de cocaína en la comunidad joven española será, principalmente, un peso social y económico¹⁴.

No puede esperarse que los médicos de urgencias, de España o de cualquier otra parte, erradiquen la problemática que generan las drogas de abuso. Sin embargo, sí podemos contribuir al me-

por entendimiento del impacto social, político y económico que conlleva: podemos entender los riesgos que suponen para nuestros pacientes y ser conscientes de sus efectos clínicos y las implicaciones terapéuticas. Los trabajos de Burillo-Putze et al y Galicia et al suponen un gran progreso en esta dirección. Sin embargo debemos recordar que el consumo de cocaína es una enfermedad crónica cuyas manifestaciones clínicas se repiten aun después del éxito en el tratamiento de las complicaciones agudas. Como tal, es esencial que abogemos por la desintoxicación, programas para el mantenimiento de la abstinencia e investigación acerca de nuevos métodos para romper el ciclo de la adicción. Cada visita hospitalaria relacionada con cocaína debería ser derivada a una consulta de desintoxicación. Si no, sin un intento de desintoxicación, sólo habremos abordado la superficie del problema.

Bibliografía

- 1 2007 National Report (2006 data) To The EMCDDA (European monitoring centre for drugs and drug addiction) by the Reitox National Focal Point "SPAIN" New Development, Trends and in-depth information on selected issues. (Accessed October 16, 2008, at <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index61189EN.html>)
- 2 United Nations office on Drugs and Crime (UNODC) Annual Report 2007 Highlights of 2006. (Accessed October 16, 2008, at http://www.unodc.org/pdf/annual_report_2007/Highlights.pdf)
- 3 Galicia M, Nogué S, Sanjurjo E, Miró O. Evolución de las consultas urgentes relacionadas con el consumo de cocaína durante el período 2002-2007. *Emergencias* 2008;20:407-12.
- 4 Burillo-Putze G, Borreguero León JM, Vallbona Afonso E, De Vera González AM, Fernández Rodríguez JF, García Dopico JA, et al. Consumo de cocaína y relación con patología cardíaca y traumática atendida en un servicio de urgencias. *Emergencias* 2008;20:413-7.
- 5 Lange RA, Cigarroa RG, Flores ED, McBride W, Kim AS, Wells PJ, et al. Potentiation of Cocaine-Induced Coronary Vasoconstriction by Beta-Adrenergic Blockade. *Ann Emerg Med* 1990;112:897-903.
- 6 Fareed FN, Chan G, Hoffman RS. Death temporally related to the use of a Beta adrenergic receptor antagonist in cocaine associated myocardial infarction. *J Med Toxicol* 2007;3:169-72.
- 7 Hoffman RS. Cocaine and beta-blockers: should the controversy continue? *Ann Emerg Med* 2008;51:127-9.
- 8 Bania TC, Baron BJ, Almond GL, Lucchesi MP, Scalea TM. The hemodynamic effects of cocaine during acute controlled hemorrhage in conscious rats. *Clin Tox* 2000;38:1-6.
- 9 Bruce CJ, Livingston DH, Schneider CA, Loder PA, Siegel JH. The effect of cocaine on the physiologic response to hemorrhagic shock. *Surgery* 1993;114:429-34;discussion 434-5.
- 10 Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, Hirsch CS, Portera L, Iqbal MI, et al. Ambient temperature and mortality from unintentional cocaine overdose. *JAMA* 1998;279:1795-800.
- 11 Randall T. Cocaine, alcohol mix in body to form even longer lasting, more lethal drug. *JAMA* 1992;267:1043-4.
- 12 Bailey DN, Bessler JB, Sawrey BA. Cocaine- and cocaethylene-creatinine clearance ratios in humans. *J Anal Toxicol* 1997;21:41-3.
- 13 Hollander JE, Hoffman RS, Gennis P, Fairweather P, Feldman JA, Fisch SS, et al. Cocaine associated chest pain: one-year follow-up. *Acad Emerg Med* 1995;2:179-84.
- 14 Brody SL, Slovis CM, Wrenn KD. Cocaine-related medical problems: consecutive series of 233 patients. *Am J Med* 1990;88:325-31.